

TI_GERICHTE 32.2020.29 vom 21. Januar 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-01-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.29

FR: TI_GERICHTE 32.2020.29 du 21 janvier 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.29 del 21 gennaio 2020

Regeste

Nuova domanda di prestazioni. Decisione di non entrata in materia dell'amministrazione confermata dal TCA

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 29.09.2020 32.2020.29 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 29.09.2020 32.2020.29 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 29.09.2020 32.2020.29

Nuova domanda di prestazioni. Decisione di non entrata in materia dell'amministrazione confermata dal TCA

Raccomandata Incarto n. 32.2020.29 rg /sc Lugano 29 settembre 2020 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi segretario: Gianluca Menghetti statuendo sul ricorso del 26 febbraio 2020 di RI 1 contro la decisione del 21 gennaio 2020 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto in fatto 1.1 Per decisione 21 marzo 2011 l'Ufficio AI aveva respinto la richiesta di prestazioni presentata da RI 1 nel novembre 2009, l'assicurato non presentando – dopo raffronto dei redditi – un grado d'invalidità pensionabile (13%) (doc. AI 45). Dopo assunzione, il 25 marzo 2011, dei costi per un accertamento professionale con relativo riconoscimento d'indennità giornaliera, con decisione 8 ottobre 2014 l'amministrazione non è entrata nel merito di una nuova domanda presentata nell'agosto 2014 (doc. AI 58). Con provvedimento 17 dicembre 2018, esperiti i necessari accertamenti l'Ufficio AI ha respinto la nuova richiesta di prestazioni di RI 1 inoltrata nel dicembre 2017, non avendo l'interessato presentato un periodo ininterrotto d'incapacità lavorativa almeno del 40% durante un anno ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI (doc. AI 83). 1.2 Nel novembre 2019 l'assicurato, senza produrre documentazione medica alcuna, ha nuovamente presentato una domanda di prestazioni indicando di soffrire di “ Algia Spalla, Insufficienza venosa AII e gomito dx ” (doc. AI 84). Per decisione 21 gennaio 2020, preavvisata con progetto 26 novembre 2019 contro cui l'interessato non ha presentato osservazioni, l'amministrazione non è entrata in materia sulla nuova domanda evidenziando come non sia costatabile alcuna modifica della situazione medica o professionale e come non sia stato prodotto alcun referto medico (doc. A). 1.3 Avverso la suddetta decisione insorge dinanzi al TCA l'assicurato personalmente. Produce un rapporto del proprio medico curante datato 21 febbraio 2020 (doc. B-1) il quale a mente dell'insorgente “attesta la massima difficoltà motoria ... accompagnata da forti dolori che gli impediscono di fatti la deambulazione”. Dopo aver precisato che “ la decisione relativa ad una nuova domanda di prestazioni non è stata sufficientemente documentata ”, chiede, alla luce della nuova refertazione medica prodotta, l'allestimento di una perizia giudiziaria subordinatamente il rinvio degli atti

all'amministrazione per una nuova valutazione. Con la risposta di causa l'amministrazione postula la reiezione del gravame evidenziando come con la nuova domanda e sino all'emanazione del querelato provvedimento non siano stati forniti "dati clinici" e come la documentazione prodotta col ricorso sia da ritenere tardiva. considerato in diritto 2.1 La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 LOG (STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015; 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011). 2.2 L'oggetto del contendere deve essere limitato alla questione a sapere se a ragione l'Ufficio AI non è entrato nel merito della nuova domanda di prestazioni. Infatti, se l'assicurato interpone ricorso contro la decisione di non entrata in materia, il giudice esamina solo se a buon diritto l'amministrazione ha rifiutato di entrare in materia. Se invece – ciò che non corrisponde al caso in esame – essa ha accettato di esaminare la nuova richiesta, il giudice non si pronuncia sulla questione dell'entrata in materia, ma esamina materialmente se la modifica delle circostanze resa attendibile dall'assicurato è effettivamente avvenuta (SVR 2002 IV Nr. 10 consid. 1b; DTF 116 V 265 consid. 2a; RCC 1991 p. 269 consid. 1a). Per tale motivo, nella misura in cui viene nel caso in disamina chiesto di determinare tramite una valutazione peritale il grado d'invalidità e quindi che si proceda ad una valutazione materiale della fattispecie, il presente gravame s'appalesa irricevibile. 2.3 Giusta l'art. 87 cpv. 2 OAI se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni. Qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2 (art. 87 cpv. 3 OAI). La giurisprudenza ha avuto modo di stabilire che l'art. 87 cpv. 3 OAI (già art. 87 cpv. 4 OAI) si applica per analogia anche – come nel caso in esame – alle prestazioni reintegrative. Se, quindi, una prestazione di reintegrazione è stata rifiutata, una nuova domanda potrà essere esaminata nel merito solo se l'assicurato rende verosimile una modifica rilevante della situazione di fatto tale da influire sul diritto a prestazioni (DTF 109 V 119 consid. 3a; Kieser, *Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, 1999, n. 1006 p. 185; DTF 109 V 262 consid. 3, 109 V 108 consid. 3a). Scopo di questo requisito è impedire che l'amministrazione debba costantemente chinarsi su domande identiche e non motivate, quando la prestazione in causa è già stata rifiutata da una precedente decisione cresciuta in giudicato (STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012; DTF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b con riferimenti). Se tale condizione non è soddisfatta l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3, 117 V 198 consid. 4b, 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, 2003, pp. 84ss). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994

in re P. P. p. 4; RCC 1989 p. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. Una revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a, 1985 p. 336; STFA del 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4). In DTF 130 V 64, il TFA ha precisato che nel caso in cui l'assicurato non ha reso verosimile un rilevante cambiamento, il principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, non risulta applicabile. Solo se nella nuova domanda di rendita l'assicurato non rende verosimile la rilevante mutazione, facendo tuttavia riferimento a mezzi di prova, segnatamente rapporti medici, non ancora prodotti o da richiedere dall'amministrazione, quest'ultima deve impartire all'interessato un termine per produrre il mezzo di prova in questione con l'avvertenza che in caso contrario non entrerà nel merito della domanda (cfr. consid. 5.2.5). Va ancora rilevato che per quanto concerne gli art. 87 cpv. 3 e 4 OAI (corrispondenti agli attuali art. 87 cpv. 2 e 3 OAI in vigore dal 1° gennaio 2012), è sufficiente rendere verosimile un rilevante cambiamento. Non è necessario portare la prova piena per convincere l'amministrazione che è subentrato un rilevante cambiamento rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato. È sufficiente che in tal senso vi siano indizi per una simile modifica, anche se permane la possibilità che un'analisi approfondita dimostri che questo cambiamento in realtà non è subentrato (STF 9C_662/2014 del 23 aprile 2015 consid. 4.2; STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012 consid. 2.2 e 2.3; STF 9C_688/2007 del 22 gennaio 2008; SVR 2002 IV Nr. 10 consid 1c/aa). Più la precedente decisione è distante nel tempo, meno esigenze sono poste alla verosimiglianza ex art. 87 cpv. 2 e 3 OAI del rilevante cambiamento; quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, l'amministrazione dispone di un certo potere di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (DTF 109 V 114 consid. 2b, 123 consid. 3b e 264 consid. 3; STFA I 619/04 del 10 febbraio 2005, consid. 3.1; STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012 consid. 2.3; v. anche SVR 2003 IV n. 25 p. 76). 2.4 Con la nuova domanda l'assicurato, come accennato, si è limitato ad indicare quanto sopra riportato al consid 1.2. A sostegno della propria richiesta in sede amministrativa egli non ha prodotto alcuna attestazione medica (o economica). A non aver dubbi l'assicurato non ha in alcun modo reso verosimile, nel senso della summenzionata giurisprudenza (cfr. supra consid. 2.3), un rilevante cambiamento delle circostanze, ossia che le sue condizioni cliniche (o economiche) a seguito di un danno alla salute abbiano subito una modifica tale – rispetto a quanto accertato nell'ambito della precedente procedura sfociata nella decisione di diniego del 17 novembre 2018 – da influire sul diritto a prestazioni. A ragione quindi l'amministrazione ha deciso di non entrare in materia sulla nuova domanda di prestazioni. Il ricorso non merita pertanto accoglimento. 2.5 Con il gravame l'insorgente ha prodotto un nuovo rapporto del proprio medico curante che a suo giudizio “attesta una massima difficoltà motoria ..., accompagnata da dolori che gli impediscono di fatti la deambulazione”. In STF 8C_457/2012 del 9 luglio 2012 l'Alta Corte ha giudicato corretto l'agire di un tribunale cantonale che non aveva preso in considerazione la nuova documentazione medica prodotta per la prima volta nella procedura ricorsuale e che andava considerata nell'ambito di una nuova domanda nel caso in cui con la stessa fosse stata sufficientemente comprovata

una modifica delle circostanze di fatto (“(...) Weiter hat die Vorinstanz zutreffend erwogen, dass die von ihr erst im kantonalen Beschwerdeverfahren neu aufgelegten Arztberichte nicht berücksichtigt werden können, sondern im Wege einer allfälligen Neuankündigung vorzubringen sind, falls sie eine anspruchrelevante Tatsache glaubhaft machen sollen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69; Urteil 8C_177/2010 vom 15. April 2010 E. 6). Auf den angefochtenen Entscheid wird verwiesen (Art. 109 Abs. 3 BGG) (...)”). Nella STF I 734/05 dell’8 marzo 2006 (citata nella STF 8C_177/2010 del 15 aprile 2010) , il TF aveva accolto un ricorso di un Ufficio AI che si era lamentato del fatto che un tribunale cantonale aveva preso in considerazione un certificato medico prodotto solo in sede di ricorso. L’Alta Corte ha rammentato che se nella nuova domanda non viene reso verosimile che il grado d’invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni, ciò non porta in tutti i casi all’obbligo per l’amministrazione di fissare un termine all’assicurato per rendere verosimile la modifica. Il termine va assegnato unicamente laddove l’assicurato non rende verosimile la modifica rilevante per il diritto alle prestazioni, ma rinvia a mezzi di prova supplementari, in particolare atti medici, che intende trasmettere in un secondo tempo o che chiede all’amministrazione di acquisire d’ufficio. Se, per contro, viene inoltrata una nuova domanda senza rinvio a mezzi di prova supplementari, l’amministrazione deve decidere sulla base della domanda e degli atti ivi prodotti. Nello spirito della normativa di cui all’art. 87 cpv. 3 OAI, mezzi di prova che datano successivamente alla decisione di non entrata in materia devono essere sempre prodotti nell’ambito di una nuova domanda di prestazioni (rispettivamente di revisione). Stante quanto sopra, la documentazione medica prodotta (per la prima volta) con il ricorso (doc A/1) deve quindi essere trasmessa all’Ufficio AI affinché, dopo esame della stessa, decida se vi sono gli estremi per l’entrata in materia ai sensi dell’art. 87 cpv. 2 e 3 OAI e, in caso affermativo, dopo istruzione della causa, si pronunci nel merito del peggioramento. 2.6 Giusta l’art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all’assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L’entità delle spese è determinata fra 200 e 1’000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l’esito della vertenza le spese per fr. 500 sono poste a carico del ricorrente. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso, nella misura in cui è ricevibile, è respinto . 2. Gli atti sono trasmessi all’Ufficio AI affinché proceda nelle proprie incombenze conformemente ai considerandi. 3. Le spese di fr. 500 sono poste a carico del ricorrente. 4. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L’atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l’ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente Il segretario di Camera giudice Raffaele Guffi Gianluca Menghetti