

TI_GERICHTE 32.2020.37 vom 22. Oktober 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-10-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.37

FR: TI_GERICHTE 32.2020.37 du 22 octobre 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.37 del 22 ottobre 2020

Regeste

Seconda domanda. Non entrata in materia. Ricorso accolto

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.10.2020 32.2020.37 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.10.2020 32.2020.37 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.10.2020 32.2020.37

Seconda domanda. Non entrata in materia. Ricorso accolto

Incarto n. 32.2020.37 PC / sc Lugano 22 ottobre 2020 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il Tribunale cantonale delle assicurazioni composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente, Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici redattrice: Paola Carcano , vicecancelliera segretario: Gianluca Menghetti statuendo sul ricorso del 12 marzo 2020 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione dell'11 febbraio 2020 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. In data 17 ottobre 2012 RI 1, nato il _____ 1966, di professione "Serviceman" ("tuttofare") presso la _____ a _____ al 100% dal 1° febbraio 2001, ha inoltrato una richiesta di prestazioni AI per adulti, giustificata da " paresi sia nella flessione dorsale che in quella plantare del piede sinistro " dal " 20.12.2009 ", allorquando, mentre stava pulendo il piazzale della ditta che era ricoperto di neve, è scivolato su una lastra di ghiaccio e ha battuto la schiena (pag. 50-55 incarto AI e pag. 24, 75 e 107 incarto LAINF). 1.2. Esperiti gli accertamenti medici ed economici del caso e dopo avere acquisito agli atti l'incarto LAINF e il rapporto finale del 16 aprile 2013 del medico SMR, dr. med. _____, (pag. 170-173 incarto AI), l'UAI con decisione del 4 giugno 2013 (pag. 178-179 incarto AI; preavvisata il 25 aprile 2013; pag. 176-177 incarto AI), ha rifiutato all'assicurato il diritto a prestazioni AI, a fronte di un grado di invalidità nullo, essendo abile in ogni tipo di attività lavorativa. Questa decisione è cresciuta incontestata in giudicato. Nel frattempo, l'UAI ha comunicato all'assicurato in data 20 febbraio 2013 l'assunzione dei costi di un'ortesi dal piede su prescrizione medica dal 7 febbraio 2013 al 28 febbraio 2023 (pag. 158-159 incarto AI) e in data 10 aprile 2013 l'assunzione - quale provvedimento di intervento tempestivo - dei costi di fr. 2'355.- per una valutazione ergonomica del posto di lavoro, sotto forma di adeguamento dello stesso (così composto: mezzi ausiliari: tagliasiepi, decespugliatore e motosega con manico lungo e motore integrato nel manico; intervento ergo terapeutico; pag. 168-169 incarto AI). 1.3. Il 29 novembre 2013 l'UAI ha comunicato all'assicurato l'assunzione dei costi di scarpe ortopediche di serie e delle rifiniture, secondo prescrizione medica, dal 27 novembre 2012 al 30 novembre 2022 (pag. 199-200 incarto AI). Il 22 ottobre 2015 l'UAI ha comunicato all'assicurato che non poteva concedere sussidi o contributi relativi ad un abbonamento in palestra o centro fitness, in quanto gli interventi curativi sono di competenza della Cassa Malati (pag. 204 incarto AI). Dopo avere

acquisito agli atti la perizia tecnica del 13 aprile 2017 della Federazione svizzera di consulenza dei mezzi ausiliari, FSCMA, (pag. 214-215 incarto AI), il 25 gennaio 2019 l'UAI ha comunicato all'assicurato l'assunzione dei costi di scarpe ortopediche speciali (4.03 OMAI) su prescrizione medica dal 18 gennaio 2019 al 31 gennaio 2025 (pag. 221-222 incarto AI). RI 1 è stato inabile al lavoro al 100% dal 17 aprile al 31 maggio 2019 e al 50% dal 1° giugno al 1° settembre 2019 a causa di un trauma contusivo diretto alla spalla destra riportato durante un nuovo infortunio (caduta; pag. 249, 250, 252 e 254 incarto AI). 1.4. Il 13/16 dicembre 2019 RI 1 ha inoltrato una nuova domanda volta all'ottenimento di prestazioni AI per adulti, a causa dell'aggravamento del suo stato di salute, dovuto a: “ Orecchio sinistro: capacità uditiva ridotta a 0% a seguito di intervento di timpanoplastica; intervento non riuscito. Spalla destra: lesioni alla cuffia; si prospetta intervento chirurgico alla spalla. Ernia discale: L4 e L5. Gamba sinistra: presenta paresi e insensibilità dal polpaccio (50%) e totale al piede e mancanza di movimento. ” (pag. 228-236 incarto AI). 1.5. L'UAI, con progetto di decisione del 17 dicembre 2019, ha preavvisato all'assicurato la “ non entrata in materia sulla nuova richiesta di prestazioni ”, in quanto la “ sua precedente richiesta è stata rifiutata in giugno 2013. Il 16 dicembre 2013 abbiamo ricevuto la sua nuova richiesta. Tale richiesta può essere esaminata unicamente se la situazione medica o professionale si è modificata in modo importante. Da quanto trasmessoci non abbiamo potuto constatare tali modifiche (nessun nuovo referto). Per questo motivo non possiamo entrare nel merito della sua nuova richiesta. ” (pag. 239-240 incarto AI). 1.6. Il 7 gennaio 2020 (pag. 261 incarto AI) la dr.ssa med. _____, specialista FMH in medicina interna generale e medico di famiglia dell'assicurato, e il 16 gennaio 2020 RI 1, personalmente, hanno trasmesso all'amministrazione svariata documentazione medica (rapporti, valutazioni, certificati, esami RM, ecc.) riguardante il periodo 2016-2019 (pag. 245-261 e 264-278 incarto AI). Dopo avere richiesto un parere al medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia generale, giusta il quale sulla base la documentazione in questione “ non c'è il sospetto oggettivo per un aggravamento della malattia né altre malattie di nuovo riscontro ” (pag. 262 e 281 incarto AI), l'UAI, con decisione dell'11 febbraio 2020, ha confermato integralmente il progetto di decisione, in quanto la documentazione medica “ è stata sottoposta al vaglio del Servizio medico regionale, il quale ha concluso che non vi sono elementi clinici che giustificano un peggioramento dello stato di salute di nuovo riscontro. ” (pag. 283-289 incarto AI). Nel frattempo, dal 1° febbraio 2020 l'assicurato è attivo presso la _____ a _____ al 50% in qualità di “Maintenance Coordinator”, a seguito di una ristrutturazione interna (cfr. doc. F). 1.7. Con tempestivo ricorso del 12 marzo 2020 RI 1, patrocinato dall'abg. RA 1, ha postulato l'annullamento della decisione dell'11 febbraio 2020 e sollecitato il rinvio degli atti all'amministrazione “ affinché proceda con accertamenti medici ed economici. ” (doc. I, pag. 11). Sostanzialmente la patrocinatrice dell'insorgente sottolinea che nel corso degli anni lo stato di salute del suo cliente è peggiorato rispetto alla precedente valutazione del 2013 dal profilo somatico. La rappresentante rileva che il suo assistito ha pure sviluppato dei disturbi psichici per i quali “ nel periodo aprile-dicembre 2019 è stato in cura dal dr. med. _____, specialista FMH di psichiatria e di psicoterapia e che dal 9 marzo 2020 è passato in cura al dr. med. _____, anch'egli specialista FMH di psichiatria e di psicoterapia, il quale rivedrà il paziente nuovamente il 17 marzo. Durante la prima visita gli ha prescritto l'assunzione di Siquan, un antidepressivo triciclico utilizzato per gli stati d'ansia e depressione ” (cfr. doc. I, pag. 3 e 4). L'UAI avrebbe quindi dovuto intraprendere la necessaria istruzione medica (in particolare, in ambito sia psichiatrico che

neurologico/ortopedico con valutazione dell'insieme della loro evoluzione nel tempo e la ripercussione delle stesse patologie sulla capacità lavorativa del suo assistito) ed economica, entrando pertanto in materia della richiesta di prestazioni inoltrata dal suo assistito nel mese di dicembre 2019. Da ultimo, la patrocinatrice postula che il suo cliente sia posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio (doc. I, pag. 10 e 11). A suffragio delle proprie argomentazioni la rappresentante dell'assicurato ha versato agli atti svariata documentazione medica riguardante il periodo 2019-2020 (doc. G, H, L e M), oltre al certificato municipale per l'ammissione all'assistenza giudiziaria, debitamente compilato e vidimato, e la documentazione economica dimostrante lo stato di indigenza del suo assistito (doc. N). 1.8. Nella risposta del 20 marzo 2020, l'UAI ha postulato la reiezione del ricorso con argomenti di cui si dirà, per quanto occorra, nei considerandi di diritto (doc. V). In particolare l'amministrazione ha puntualizzato che " l'assicurato ha presentato un'incapacità lavorativa totale dal 17.04.2019 al 31.05.2019 ed un'incapacità lavorativa del 50% dal 01.06.2019 al 01.09.2019. L'anno d'attesa non risulta quindi in ogni caso trascorso. Va inoltre sottolineato che il fatto che dal 01.02.2020 il datore gli abbia ridotto il contratto ad una percentuale del 50% non risulta dovuto ad un danno alla salute bensì ad una riorganizzazione interna dell'azienda ." (cfr. doc. V, pag. 3 in fine). 1.9. L'8 maggio 2020 la patrocinatrice del ricorrente si è riconfermata, soffermandosi su alcuni punti, nelle proprie tesi e domande, con argomenti di cui si dirà, per quanto occorra, nei considerandi di diritto (doc. VII), in particolare ribadendo l'inabilità lavorativa al 50% del proprio assistito a decorrere dall'inizio del 2020. A suffragio delle proprie argomentazioni ha prodotto i certificati medici del 26 marzo e 9 aprile 2020 (doc. O) del dr. med.

_____, specialista FMH in neurologia, il quale attesta una incapacità lavorativa del 50% ed il certificato medico del 14 aprile 2020 della dr.ssa med. _____, specialista FMH in medicina interna generale (doc. O), il rapporto medico del 6 maggio 2020 del precitato neurologo, il quale attesta una incapacità lavorativa del 50% dall'inizio del 2020 e a lungo termine (doc. P), la lettera del 28 febbraio 2020 della precitata dottoressa al dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. Q), la convocazione del 31 marzo 2020 per visita, il 4 giugno 2020, con il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, della Clinica _____ di _____ (doc. R) e la lettera del 29 aprile 2020 con la quale la _____ invita l'assicurato a presentarsi, il 5 maggio 2020, ad una visita fiduciaria presso il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna, presso la Clinica _____ (doc. S). 1.10. Il 19 maggio 2020 (doc. IX)

l'amministrazione ha confermato la propria posizione, insistendo nel chiedere la reiezione del gravame, rilevando " come la documentazione medica prodotta sia tutta riferita ad un periodo posteriore alla decisione impugnata. " (cfr. doc. IX, pag. 2). 1.11. Il doc. IX è stato trasmesso per conoscenza alla rappresentante del ricorrente (doc. X). in diritto 2.1.

Oggetto del ricorso è la questione a sapere se a ragione, oppure no, l'UAI non è entrato nel merito della nuova domanda di prestazioni avanzata dall'assicurato nel dicembre 2019.

2.2. Qualora una domanda di rendita sia stata respinta perché il grado di invalidità era insufficiente, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se (art. 87 cpv. 3 OAI) l'assicurato dimostra che il grado d'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 OAI). L'allora Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale), chiamato nella DTF 133 V 263 a pronunciarsi nel caso di nuova domanda presentata dopo l'assegnazione retroattiva di una rendita limitata nel tempo, ha precisato la propria giurisprudenza e stabilito che in una tale evenienza la nuova domanda deve rispettare i requisiti posti dall'art. 87 cpv. 3 e 4 OAI (dal 1° gennaio 2012: art. 87 cpv.

2 e 3 OAI). Scopo di questo requisito è quello di 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, Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 2003, pag. 84-86). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, 41 vLAI, art. 87ss. OAI; VSI 1999 pag. 8; RÜEDI, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in SCHAFFHAUSER/ SCHLAURI, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15; DTF 117 V 198). In particolare, 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. pag. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la 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 pag. 38 consid. 1a, 1985 pag. 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 essere applicabile. Solo se nella nuova domanda di rendita (rispettivamente domanda di revisione) 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). Infine, 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 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 pag. 269 consid. 1a). La

giurisprudenza sopra menzionata va applicata anche dopo l'entrata in vigore della LPGA il 1° gennaio 2003 e il nuovo tenore dell'art. 87 OAI, valido dal 1° marzo 2004 (DTF 130 V 343 consid. 3.5; STF I 630/06 del 20 giugno 2007, consid. 3; STFA I 734/05 dell'8 marzo 2006), modificato, ma di identico tenore, dal 1° gennaio 2012. 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 dal 1° gennaio 2012), è sufficiente rendere verosimile un rilevante cambiamento e non è richiesta la prova della verosimiglianza preponderante valida nell'ambito delle assicurazioni sociali. 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 tuttavia 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; STF I 55/07 del 26 novembre 2007; 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 (“ (...) Aus dem Normzweck ergibt sich, dass die Verwaltung u.a. zu berücksichtigen hat, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen sind (BGE 109 V 114 Erw. 2b, 123 Erw. 3b und 264 Erw. 3, je mit Hinweisen) (...) ”, riportato nella STFA I 619/04 del 10 febbraio 2005, consid. 3). In questo senso nella succitata STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012 il TF ha, in particolare, rilevato che “ (...) adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve così cominciare con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non è il caso, può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata in materia. A tal proposito occorre precisare che 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, essa dispone di un certo potere di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (DTF 109 V 108 consid. 2b pag. 114; cfr. pure SVR 2003 IV no. 25 pag. 76, consid. 2.2). (...) ” (STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012, consid. 2.3; STCA 32.2018.175 del 20 agosto 2019, consid.2.2 e STCA 32.2019.132 del 25 maggio 2020, consid.2.2). 2.3. Con decisione formale del 4 giugno 2013, cresciuta incontestata in giudicato, l'UAI ha rifiutato all'assicurato il diritto a prestazioni AI, a fronte di un grado di invalidità nullo (pag. 178-179 incarto AI). L'UAI si è fondato, dal profilo medico, sul rapporto finale SMR del 16 aprile 2013 del medico SMR, dr. med. _____, (pag. 170-173 incarto AI). Il medico SMR - dopo aver riassunto in modo dettagliato la situazione medica dell'assicurato - aveva posto la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di “ Plegia piede sinistro dopo infortunio con paresi in flessione dorsale e plantare su pregressa discopatia lombare con piccola ernia sub-legamentare mediana L3/L4 e protrusione L5/S1 nonché ernia sinistra in L4/5 con sequestroninferiore nel recesso laterale e conflitto con la radice L5 .” (pag. 171 incarto AI). Il medico SMR non aveva posto “ Ulteriori diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa ” rispettivamente “ Diagnosi senza influsso sulla CL ” (pag. 171 incarto AI). Il medico SMR aveva indicato, sia in attività abituale sia in attività adeguata, “ Nessuna IL certificata ” (pag. 172 incarto AI). Il medico SMR aveva poi elencato le seguenti limitazioni funzionali: carico massimo di 5 kg, alternanza della postura al bisogno, nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione e nessuna necessità di pause supplementari. Quali “ Ulteriori limitazioni funzionali necessarie per l'integrazione professionale ” il medico SMR

aveva indicato: “ essere coadiuvato da un collega durante le attività che richiedono forza (allestimento di spazi, trasporto di materiale vario); utilizzare un carrello per il trasporto ogni volta sia possibile; evitare di utilizzare le scale a pioli; utilizzare tagliasiepi, decespugliatore e motosega con manico lungo e motore integrato nel manico (non a zaino); lavorare rimanendo nella parte piana del prato. ” (pag. 172 incarto AI). Da ultimo, il medico SMR aveva puntualizzato che la prognosi dell’evoluzione della capacità lavorativa era “ Favorevole nel rispetto dei limiti funzionali e delle misure ergonomiche prescritte .” (pag. 173 incarto AI). 2.4. Il 13/16 dicembre 2019 RI 1 ha inoltrato una nuova domanda volta all’ottenimento di prestazioni AI per adulti indicando: “ Orecchio sinistro: capacità uditiva ridotta a 0% a seguito di intervento di timpanoplastica; intervento non riuscito. Spalla destra: lesioni alla cuffia; si prospetta intervento chirurgico alla spalla. Ernia discale: L4 e L5. Gamba sinistra: presenta paresi e insensibilità dal polpaccio (50%) e totale al piede e mancanza di movimento .” (pag. 228-236 incarto AI). In assenza di nuovi referti, l’UAI, con progetto di decisione del 17 dicembre 2019, ha preavvisato all’assicurato la “ non entrata in materia sulla nuova richiesta di prestazioni ”, accordando la possibilità di presentare entro 30 giorni per iscritto eventuali osservazioni o chiedere delle informazioni complementari con l’avvertenza che trascorso il termine di 30 giorni sarebbe stata emanata la decisione formale (pag. 239-240 incarto AI). In seguito il medico di famiglia dell’assicurato ha trasmesso all’amministrazione svariata documentazione medica, in particolare: - lettera di dimissione del 17 aprile 2019 del Pronto Soccorso dell’Ospedale _____ di _____, _____, di _____ (pag. 245-246 incarto AI), ove è attestata quale diagnosi conclusiva una crisi d’ansia di natura reattiva e una incapacità lavorativa del 100% dal 17 al 18 aprile 2019 con raccomandata una presa a carico da parte del medico curante, e i risultati della analisi di laboratorio effettuate in quell’occasione (pag. 247-248 incarto AI); - il rapporto medico del 22 maggio 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in neurologia (pag. 249-251 incarto AI), ove è attestata quale diagnosi “ Plegia distale radicolare L5 sinistra; Stato dopo caduta del 17.04.2019 con peggioramento soggettivo della situazione nella gamba sinistra; Neurologicamente ed elettrofisiologicamente situazione invariata rispetto al 2013 e 2015; Paziente stressato nel campo psico-sociale e professionale ” ed è pure riportato che l’assicurato è seguito dal dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia e la terapia medicamentosa (Escitalopram 20 mg e TemestaR, Lorazepamum, 1 mg); - la valutazione ambulatoriale del 10 luglio 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica (pag. 252-253 incarto AI) in relazione al trauma diretto alla spalla destra subito dal paziente il 17 aprile 2019, dal quale si evince quanto segue: “ (...) Ho quindi richiesto un’Artro-Risonanza della spalla destra che il paziente ha effettuato in data 19 giugno 2019 dove si evidenzia un’artrosi acromion-claveare riattivata dal trauma ma non lesioni significative a carico dei tendini della cuffia dei rotatori o dell’apparato capsulo-legamentoso. (Per quanto concerne l’attività lavorativa, si consiglia di mantenere n’abilità al 50%). ”; - il certificato medico LAINF del 3 giugno 2019 della dr.ssa med. _____ (pag. 254 incarto AI); - il rapporto medico del 25 maggio 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e cardiologia (pag. 255 e 256 incarto AI); - il referto del 23 novembre 2016 del dr. med. _____, della RM-gomito destro (pag. 257 incarto AI), dalla quale si evince quanto segue: “ (...) Non fratture del gomito: contusione ossea a carico del capitello radiale nel lembo esterno; Lacerazione parziale del legamento collaterale ulnare laterale (grado 2) nella zona intermedia con inserzione omerale e ulnare normale, associata ad un piccolo difetto capsulare di alcuni millimetri. Legamento

collaterale radiale: stato dopo stretching (lacerazione grado 1). Esiti di una epicondilita radiale con cicatrice stabile a livello dell'intersezione non correlata al trauma recente.”; - il referto del 9 dicembre 2016 del dr. med. _____, della RM-spalla destra (pag. 258 incarto AI), dalla quale si evince quanto segue: “ (...) Predominante l'osteoartrite dell'articolazione AC con moderato impingement sul passaggio miotendineo del sovraspinato ed un principio di borsite reattiva SAD; Leggera flogosi peritendinea in corrispondenza con l'inserzione antero-centrale del tendine del sovraspinato con tendinopatia da micro-fessure senza distacco o rotture parziali significative; Vecchia lesione del labbro antero-superiore cicatrizzata ”; - la lettera di chiusura del 24 luglio 2019 (pag. 259 e 260 incarto AI) del caso infortunistico _____ del 17 aprile 2019, in quanto “ L'ulteriore incapacità lavorativa e la cura medica non vanno (...) a carico dell'assicurazioni infortuni ma a carico dell'assicurazione malattia .”. La precitata documentazione medica è stata sottoposta alla valutazione del medico SMR dell'UAI (pag. 263 incarto AI). Nell'annotazione del 14 gennaio 2020 il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia generale, ha osservato che in “base alla documentazione in nostro possesso (...) non c'è il sospetto oggettivo per un aggravamento della malattia né altre malattie di nuovo riscontro.” (pag. 262 incarto AI; n.d.r.: il corsivo e la sottolineatura non è della redattrice). In seguito l'assicurato ha trasmesso all'amministrazione ulteriore documentazione medica, in particolare: - la valutazione ambulatoriale del 10 luglio 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica (pag. 264 e 265 incarto AI, già versato agli atti dal medico di famiglia: cfr. pag. 252-253 incarto AI); - il rapporto medico del 22 maggio 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in neurologia (pag. 266-268 incarto AI già versato agli atti dal medico di famiglia: cfr. pag. 249-251 incarto AI); - l'estratto della cartella clinica del 24 settembre 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in ORL e chirurgia cervico-facciale (pag. 269 incarto AI); - audiogrammi tonal del 27 gennaio 2017 (pag. 270 incarto AI), 6 dicembre 2017 (pag. 271 incarto AI), dell'11 aprile 2018 (pag. 272 incarto AI) e dell'8 maggio 2019 (pag. 273 incarto AI); - i rapporti medici del 5 ottobre 2017 (pag. 274 incarto AI) e del 16 aprile 2018 (pag. 275 incarto AI) del Prof. Dr. med. _____, Primario della _____ del _____; - il rapporto operatorio (intervento di revisione di timpanoplastica con canaloplastica ed ossiculoplastica a sinistra) del 24 ottobre 2017 del dr. med. _____, Capoclinica del Servizio di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale _____ di _____, _____ (pag. 277 e 278 incarto AI). La precitata documentazione medica è stata sottoposta alla valutazione del medico SMR dell'UAI (pag. 282 incarto AI). Nell'annotazione del 10 febbraio 2020 il dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia generale, ha osservato che in “base alla nuova documentazione di seguito riportata (...) non c'è il sospetto oggettivo per un aggravamento della malattia né altre malattie di nuovo riscontro.” (pag. 281 incarto AI; n.d.r.: il corsivo non è della redattrice). L'UAI, con la decisione dell'11 febbraio 2020 - ritenuto che la documentazione medica “ è stata sottoposta al vaglio del Servizio medico regionale, il quale ha concluso che non vi sono elementi clinici che giustificano un peggioramento dello stato di salute di nuovo riscontro. ” - non è, quindi, entrato in materia sulla nuova domanda di prestazioni (pag. 283-289 incarto AI). 2.5. Questo Tribunale non condivide l'operato dell'amministrazione. Ritenuto, da una parte, che ai sensi dell'art. 87 cpv. 2 e 3 OAI è sufficiente rendere verosimile un rilevante cambiamento e non è invece richiesta la prova della verosimiglianza preponderante valida nell'ambito delle assicurazioni sociali (consid. 2.2) e, dall'altra parte, del tempo trascorso rispetto alla decisione del 4 giugno 2013 di rifiuto della rendita (pag. 178-179 incarto AI), cresciuta

incontestata in giudicato, (va qui ribadito che se la precedente decisione è distante nel tempo, meno esigenze sono poste alla verosimiglianza ex art. 87 cpv. 2 e 3 OAI; cfr. la succitata STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012, consid. 2.3), questo Tribunale ritiene che, tramite la copiosa documentazione medica prodotta di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.4, l'insorgente ha reso verosimile un rilevante cambiamento dello stato di salute (sia dal profilo somatico che dal profilo psichico) e che, pertanto, l'amministrazione avrebbe dovuto entrare nel merito della nuova domanda di prestazioni. Nel rapporto finale SMR del 16 aprile 2013 del medico SMR, dr. med. _____, (pag. 170-173 incarto AI), è stata posta unicamente la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di "Plegia piede sinistro dopo infortunio con paresi in flessione dorsale e plantare su pregressa discopatia lombare con piccola ernia sub-legamentare mediana L3/L4 e protrusione L5/S1 nonché ernia sinistra in L4/5 con sequestro inferiore nel recesso laterale e conflitto con la radice L5." e, di conseguenza, solo le limitazioni funzionali derivanti da quel danno alla salute. Dalla documentazione medica riportata al considerando 2.4, risulta che l'assicurato ha sviluppato nel corso degli anni dei disturbi psichici (per i quali si sottopone a trattamento psicoterapico e medicamentoso), è portatore di un danno alla salute alla spalla destra (in parte, risultante dalla RM del 9 dicembre 2016 e, in parte, riconducibile all'infortunio del 17 aprile 2019), è portatore di disturbi otologici e audiologici (è stato operato il 24 ottobre 2017 all'orecchio sinistro - intervento di revisione di timpanoplastica sinistra per otite media cronica colesteatomatosa - con un minimo miglioramento della capacità uditiva). In simili circostanze il TCA non può fare proprie, dal profilo somatico, le conclusioni del medico SMR, dr. med. D. Brasola, specialista FMH in chirurgia generale, secondo il quale non vi sarebbe motivo di entrare in materia, in assenza di un sospetto oggettivo per un aggravamento della malattia né altre malattie di nuovo riscontro (pag. 262 e 281 incarto AI). Parimenti dicasi per gli aspetti psichici, già solo per il fatto che il medico SMR in questione non è specialista in materia. Stante quanto precede, le argomentazioni sollevate dall'UAI in sede di risposta del 20 marzo 2020 (in particolare, quelle giuste le quali "l'assicurato ha presentato un'incapacità lavorativa totale dal 17.04.2019 al 31.05.2019 ed un'incapacità lavorativa del 50% dal 01.06.2019 al 01.09.2019. L'anno d'attesa non risulta quindi in ogni caso trascorso. Va inoltre sottolineato che il fatto che dal 01.02.2020 il datore gli abbia ridotto il contratto ad una percentuale del 50% non risulta dovuto ad un danno alla salute bensì ad una riorganizzazione interna dell'azienda.": cfr. doc. V, pag. 3 in fine) non consentono di giungere ad una differente soluzione. Pertanto, alla luce di queste considerazioni, questo Tribunale ritiene che l'amministrazione avrebbe dovuto verificare se lo stato di salute dell'interessato fosse effettivamente peggiorato, oppure no, sia dal profilo somatico sia da quello psichico. 2.6. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, questo Tribunale deve concludere che l'insorgente ha reso verosimile un rilevante cambiamento ai sensi dell'art. 87 cpv. 2 e 3 OAI. La decisione impugnata va, pertanto, annullata e gli atti rinviati all'amministrazione perché entri nel merito della nuova domanda di revisione del diritto alla rendita e, attraverso accertamenti medici somatici e psichiatrici, esamini se il peggioramento reso verosimile in quest'ambito sia effettivamente subentrato e, nell'affermativa, in che misura esso incida sulla capacità di guadagno dell'assicurato e, di conseguenza, sul suo grado di invalidità, alla luce anche della documentazione medica (doc. O-S) prodotta dalla patrocinatrice dell'assicurato in data 8 maggio 2020 (doc. VII; cfr. consid. 1.9). A questo proposito il TCA rileva che tale documentazione non è stata considerata ai fini della valutazione di un eventuale peggioramento dello stato di salute del ricorrente, in quanto successiva alla data di emissione della decisione impugnata (in casu ,

11 febbraio 2020), che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1) oppure (laddove riferita al periodo antecedente alla decisione impugnata) prodotta tardivamente. Difatti, secondo la giurisprudenza, nell'ambito di una procedura giudiziaria di non entrata in materia, le prove addotte solo in sede di ricorso non possono essere prese in considerazione in quanto tardive (cfr. STF 8C_901/2013 del 7 febbraio 2014 consid. 3.2; STF 8C_45/2014 del 20 febbraio 2014 consid. 4.2; STF 8C_457/2012 del 9 luglio 2012 consid. 3.1; STF 8C_177/2010 del 15 aprile 2010; STFA I 734/05 dell'8 marzo 2006; DTF 130 V 64; STCA 32.2017.11 del 16 agosto 2017 consid. 2.6 e rinvii ivi citati; cfr. STCA 32.2014.93 del 4 maggio 2015 consid. 2.5 e rinvii ivi citati; STCA 32.2019.45 del 13 febbraio 2020, consid. 2.6). 2.7. Secondo 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 dell'UAI, che verserà fr. 1'800.- al ricorrente a titolo di ripetibili. Ciò rende priva di oggetto la richiesta di ammissione all'assistenza giudiziaria con concessione di gratuito patrocinio (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5; 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5; STCA 32.2017.99 dell'8 gennaio 2018; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.11; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.12). Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto. § La decisione impugnata è annullata. §§ Gli atti sono rinviati all'UAI affinché proceda come indicato ai considerandi 2.5 e 2.6. 2. Le spese, per complessivi fr. 500.-, sono a carico dell'UAI, che verserà al ricorrente fr. 1'800.- (IVA compresa) a titolo di ripetibili, ciò che rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria con concessione di gratuito patrocinio. 3. 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 II

presidente
Cattaneo

Il segretario di Camera Daniele
Gianluca Menghetti

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.