

TI_GERICHTE 32.2020.46 vom 2. März 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-03-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.46

FR: TI_GERICHTE 32.2020.46 du 2 mars 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.46 del 2 marzo 2020

Regeste

Decisione di non entrata nel merito di nuova domanda e rifiuto dell'AG in fase amministrativa. Decisione confermata ma rinvio atti, su proposta dell'UAI, per valutare nuovi atti medici alla stregua di una nuova domanda di prestazioni. Rifiutata concessione dell'AG

Erwägungen

E. 7

luglio 2017, nel quale, poste le diagnosi di “ dipendenza da sostanze alcoliche (ICD-10 F10.2) attualmente sta usando la sostanza, episodio depressivo di lieve gravità in sindrome depressiva ricorrente (ICD-10 F33.0), dipendenza da oppioidi in regime di mantenimento controllato (F11.22)”, ha osservato che l’assicurato aveva ripreso ad abusare di sostanze alcoliche con sviluppo di nuova deflessione timica. A livello oggettivo l'assicurato presentava un tono dell'umore lievemente deflesso senza idee suicidali attive o passive; non presentava segni di ansia al colloquio né deficit cognitivi né disturbi psicotici. Al di là delle diagnosi categoriali l'assicurato non presentava deficit delle funzioni dell'io né dell'assertività, del giudizio, della flessibilità, della persistenza e della relazione con gli altri da inficiare la capacità lavorativa. Ha quindi concluso che dal lato psichiatrico l’inabilità lavorativa non era giustificata, l’assicurato essendo da considerare da subito abile al 100% (doc. Assic. Malattia 17). Alla luce della valutazione peritale l’amministrazione ha reso il progetto di decisione del 28 luglio 2017. L’assicurato ha quindi fatto pervenire un rapporto di dimissione del 14 novembre 2017 della _____, seguente ad una degenza dal 14 agosto al 18 ottobre 2017, per le diagnosi di “disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto (ICD-10 F33.1), disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di alcool: sindrome da dipendenza (ICD-10 F10.2)”. Sottoposto tale rapporto al medico SMR, per il quale “ la situazione clinica non è cambiata rispetto a quanto valutato e riportato poi nel progetto di decisione. IL100% solo per il periodo di degenza” (Annotazione 17 novembre 2017, doc. AI 34), mediante decisione del 17 novembre 2017 l’UAI ha respinto la richiesta di prestazioni, ritenuta un'inabilità lavorativa limitata al periodo dal 14 agosto 2016 al 3 luglio 2017, e quindi inferiore all’anno, con ripresa totale dell’abilità dal 4 luglio 2017 (doc. AI 36). Tale decisione è crescita incontestata in giudicato. 2.9. Nel gennaio 2020 l’assicurato, assistito dal curatore, ha inoltrato una nuova domanda di prestazioni. Nell’allegato scritto dell’11 novembre 2019 il curante dr. _____ ha riferito di seguire da anni l’assicurato nell’ambito di un abuso di stupefacenti, benzodiazepine, e di alcolici, e che l’assicurato dal 1993 era in terapia sostitutiva con metadone, con la diagnosi di “ depressione con pregresso uso di stupefacenti e occasionale abuso etilico, in trattamento terapeutico di metadone ” (doc. AI 39). L’UAI, con progetto di decisione del 23 gennaio 2020, 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 (doc. AI 43). Tramite l’avv. RA 1, l’assicurato ha formulato le sue osservazioni chiedendo di entrare nel merito della richiesta, senza produrre nuova documentazione medica (doc. AI 44). Con il provvedimento contestato del 2 marzo 2020 l’amministrazione ha quindi confermato il progetto di decisione. Davanti al TCA l’avv. RA 2 ha prodotto documentazione già agli atti oltre ad una nuova certificazione del dr. _____ dell’11 marzo 2020, attestante quanto segue: " Egregio avvocato RA 2, dopo aver ricevuto lo svincolo del segreto medico da parte del curatore Signor RA 1 e dal paziente, la informo sul decorso dello stato di salute dal 2017. Ricovero presso la Clinica _____ dal 14 agosto al 18 ottobre 2017 a causa di Diagnosi (ICD-10. F33. 1) disturbo depressivo ricorrente con episodio di media gravità in atto ICD-10: F10.2 disturbi psichici comportamentali dovuti all'uso di alcool, sindrome da dipendenza Nuovo ricovero sempre nella Clinica _____ dal 2 febbraio 2018 al 14 aprile 2018 con Diagnosi (ICD-10: F33.1) nuovo episodio di tipo depressivo di media gravità (ICD-10: F10.2) disturbi psichici comportamentali a causa di uso di alcool Ricovero presso l'Ospedale _____ dal 22 luglio 2018 al 27 luglio 2018: Diagnosi: - coxartrosi sinistra - insufficienza renale acuta - rabinieri su sforzo fisico - epatopatia alcolica e HCV correlata - pregressa tossicodipendenza in trattamento con Metadone - etilismo cronico -sindrome depressiva ricorrente La comparsa di queste nuove patologie porteranno ad un peggioramento delle condizioni generali. In ultimo Consulto epatologico da parte del Dr. _____ constata una epatopatia cronica nota HCV correlata un peggioramento della fibrosi epatica che da livello F1 al fibroscan, passa al livello F2. Come si evince dai vari rapporti di ricovero e consulti si può constatare che il paziente ha un peggioramento delle condizioni di salute." (doc. D) Sono inoltre stati prodotti, oltre al già noto rapporto di dimissione 14 novembre 2017 _____ (consid. 2.9), un nuovo rapporto della stessa CPC del 18 aprile 2018 relativo ad un ricovero dal 2 febbraio al 12 aprile 2018, nel quale, confermate le diagnosi di “ disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto (ICD-10 F33.1), disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di alcool: sindrome da dipendenza (ICD-10 F10.2)” si concludeva per un andamento clinico sostanzialmente buono, con costante progressivo e graduale miglioramento delle condizioni psico-fisiche e infine dimissione “in considerazione del buon compenso psicopatologico e della prolungata astinenza da alcol ” (doc. D). Sono pure stati prodotti un rapporto relativo ad un ricovero all’ospedale _____ dal 22 al 27 luglio 2018 per dolori agli arti inferiori (doc. D) e infine una certificazione dell’_____ riferito ad un controllo ambulatoriale con diagnosi di “ Epatopatia cronica, alcool ed HCC correlata con: HCV-RNA negativo in st.d epatite C, Elevato consumo alcolico, attualmente riferito in riduzione, 60 gr. di alcool/die non quotidiani, Fibroscan del 03.10.2019 8.0 kPa compatibile con un livello F2 di fibrosi e CAP 380 dB/m compatibile con steatosi di grado elevato, Ecografia dell'addome del 03.10,2019 mostra epatomegalia, steatosi epatica di grado 3, splenomegalia lieve/moderata, In assenza di segni indiretti d'ipertensione portale ” (doc. D). 2.10. In concreto bisogna concludere che effettivamente l’insorgente, chiamato a rendere verosimile che rispetto all’ultima decisione formale del 17 novembre 2017 vi è stato un peggioramento del suo stato di salute, non ha reso verosimile una modifica della sua situazione valetudinaria tale da incidere sulla capacità lavorativa. In effetti, la nuova domanda si è basata esclusivamente sullo scritto dell’11 novembre 2019 al curatore dell’assicurato, nel quale il dr. _____ ha in sostanza brevemente ripreso le problematiche (abuso di stupefacenti, di benzodiazepine e di alcool) e le diagnosi (depressione) già valutate nell'ambito della

procedura sfociata nella decisione formale del 17 novembre 2017, sulla base delle perizie della dr.ssa _____ del 24 novembre 2016 e 7 luglio 2017 e dell'annotazione del SMR del 17 novembre 2017, dai quali questo giudice non ha valido motivo per scostarsi. Il curante nemmeno ha addotto se ed eventualmente in che misura le patologie di cui era affetto l'assicurato e già approfonditamente valutate nell'ambito della procedura sfociata nella decisione formale del 17 novembre 2017, cresciuta incontestata in giudicato e per questo vincolante, influissero sulla capacità lavorativa dell'assicurato (doc. AI 39). Come correttamente evidenziato dall'amministrazione, tale scarso certificato non riporta alcun fatto medico nuovo rispettivamente modificazioni significative di fatti noti e già precedentemente valutati dal medico SMR, in particolare in occasione del rapporto finale del 17 novembre 2017 (doc. AI 34). In effetti in tale certificato il dr. _____ non evidenzia in alcun modo che sia intervenuto un peggioramento delle condizioni dell'assicurato successivamente alla decisione di diniego del 17 novembre 2017. Tale documento non permette dunque nemmeno di ipotizzare l'intervento di un cambiamento rilevante delle circostanze di fatto rispetto a quanto accertato e deciso nell'ambito della precedente procedura, sfociata nel provvedimento (cresciuto incontestato giudicato) del 17 novembre 2017, nel quale, sulla base delle menzionate perizie psichiatriche, le condizioni dell'assicurato erano state attentamente valutate per poi giungere alla conclusione di un'inabilità lavorativa dal 14 agosto 2016, con una ripresa completa dal 4 luglio 2017. Tali conclusioni risultano in questa sede vincolanti. Sia peraltro osservato che la citata certificazione del curante è l'unico atto medico presentato in occasione della nuova domanda di prestazioni, l'assicurato, benché a quell'epoca rappresentato dal suo avvocato, non avendo prodotto documentazione medica nemmeno nei 30 giorni assegnatigli dall'amministrazione per formulare osservazioni e per produrre eventuali mezzi di prova al progetto di decisione del 23 gennaio 2020. In conclusione non avendo l'assicurato reso validamente verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute prima dell'emanazione della decisione qui impugnata, la non entrata in materia sancita con quest'ultima merita conferma.

2.11. Solo dopo l'emanazione della decisione impugnata, e meglio in questa sede, quindi tardivamente, l'assicurato ha prodotto nuovi atti medici. Ora, come dianzi anticipato (consid. 2.7), 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. Infatti, con sentenza 8C_457/2012 del 9 luglio 2012 il TF ha confermato che, nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni, l'assicurato già nella nuova richiesta deve rendere verosimile che il grado d'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (o deve perlomeno far riferimento a mezzi di prova, segnatamente rapporti medici, non ancora prodotti o da richiedere dall'amministrazione atti a rendere verosimile l'asserita modifica. In questo secondo caso l'amministrazione 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; DTF 130 V 69 consid. 5.2). Atti prodotti in sede di ricorso sono invece, di massima, tardivi e da considerare nell'ambito di una nuova domanda (STF 8C_457/2012 del 9 luglio 2012, consid. 3.2). Nel caso giudicato dall'Alta Corte si trattava di un assicurato al quale, con sentenza 6 gennaio 2005, era stato riconosciuto il diritto a una mezza rendita dal 1° marzo 2004 e che il 19 febbraio 2008 aveva inoltrato una nuova domanda, respinta dall'amministrazione il 19 maggio 2008 perché non aveva reso verosimile nessuna modifica rilevante per il diritto alle prestazioni. Il TF ha giudicato corretto l'agire del tribunale cantonale che non aveva preso in considerazione un certificato medico 31 gennaio 2008

prodotto dall'assicurato solo in sede di ricorso, considerato come l'interessato non avesse prodotto certificati medici attuali né con la domanda di revisione del febbraio 2008, né nel termine assegnatogli dall'amministrazione, cosicché non era stata sufficientemente comprovata una modifica delle circostanze di fatto successiva all'ultimo esame materiale dei suoi diritti avvenuto nel gennaio 2005. Mediante la pronuncia I 734/05 dell'8 marzo 2006, citata nella succitata pronuncia del 15 aprile 2010 (cfr. anche STF 8C_196/2008 del 5 giugno 2008), il TF aveva accolto un ri-corso di un Ufficio AI che si era lamentato del fatto che un tri-bunale 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. Nella fattispecie, la documentazione prodotta dall'assicurato con il ricorso e, quindi, tardivamente, non può quindi modificare l'esito della presente vertenza. La stessa, che riferisce dell'insorgenza di nuove problematiche somatiche, visto anche quanto proposto dall'amministrazione in sede di risposta, va trasmessa all'Ufficio AI affinché la esamini alla stregua di una nuova domanda di prestazioni e valuti l'eventuale entrata in materia rispettivamente, nell'affermativa, esperiti i necessari accertamenti, renda un provvedimento in merito al diritto dell'assicurato a prestazioni. Infine, per quanto concerne la censura sollevata dal ricorrente per la quale la valutazione dell'amministrazione non avrebbe tenuto conto della più recente giurisprudenza in materia di dipendenze, va detto avantutto che la stessa risulta in ogni modo irricevibile non solo perché riguarda semmai la valutazione esperita dall'amministrazione e posta alla base della decisione del 17 novembre 2017, e quindi di un provvedimento cresciuto in giudicato e per questo definitivo e vincolante, ma anche poiché, come ricordato sopra (consid. 2.2), se l'assicurato interpone ricorso contro una decisione di non entrata in materia, il giudice esamina solo se a buon diritto l'amministrazione ha rifiutato di entrare in materia, ma non esamina materialmente l'effettivo diritto a prestazioni (SVR 2002 IV Nr. 10 consid. 1b; DTF 116 V 265 consid. 2a; RCC 1991 pag. 269 consid. 1a). A titolo abbondanziale va comunque detto che, come con pertinenza osservato dall'Ufficio AI nella risposta di causa, la censura si avvera comunque infondata. In effetti, richiamata la dianzi esposta più recente prassi (cfr. al consid. 2.4) – con la quale, modificando la precedente giurisprudenza (secondo la quale le tossicomanie erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fossero causate da un danno alla salute fisica o mentale, o avessero provocato una malattia o un infortunio), per tutte le tossicomanie decisiva è ora invece la questione di sapere se la persona interessata riesce a fornire, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'inabilità lavorativa invalidante (cfr. DTF 137 V 210 consid. 5 e 6, 132 V 368 consid. 2.1; cfr. in esteso al consid. 2.4 che precede) – e premesso che in ogni modo la stessa nemmeno era ancora applicabile nel momento in cui è stata resa la decisione del 17 novembre 2017, nella fattispecie

l'amministrazione, in occasione della menzionata decisione di diniego, ha in ogni modo tratto le sue conclusioni di inabilità lavorativa sulla base delle perizie psichiatriche della dr.ssa _____ che aveva posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di " dipendenza da sostanze alcoliche (ICD-10 F10.2) attualmente sta usando la sostanza, episodio depressivo di lieve gravità in sindrome depressiva ricorrente (ICD-10 F33.0), dipendenza da oppioidi in regime di mantenimento controllato (F11.22)", escludendo quindi un'inabilità in assenza di rilevanti deficit delle funzioni dell'Io o dell'assertività, del giudizio, della flessibilità, della persistenza e della relazione con gli altri (doc. Assic. Malattia 17; cfr. al consid. 2.8 in esteso) . 2.12. In conclusione, la decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto. Con la decisione contestata l'amministrazione ha anche rifiutato la concessione dell'assistenza giudiziaria in ambito amministrativo, l'intervento del legale dell'assicurato non essendo stato ritenuto giustificato. Nel ricorso non risulta che tale aspetto sia stato espressamente contestato. Volendo tuttavia considerare litigioso anche questo rifiuto, va detto che non vi è motivo per distanziarsi da quanto deciso al riguardo dall'amministrazione e questo per i seguenti motivi. L'art. 37 cpv. 1 LPGA, prevede che la parte può farsi rappresentare, se non deve agire personalmente (cfr. ad esempio a: sottoporsi ad una perizia medica, DTF 132 V 443), o farsi patrocinare nella misura in cui l'urgenza di un'inchiesta non lo escluda. Il capoverso 4 recita che, se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare di patrocinio gratuito (DTF 132 V 200). Secondo la dottrina, il fatto che, rispetto all'art. 61 lett. f LPGA, l'art. 37 cpv. 4 LPGA utilizzi la formulazione "se le circostanze lo esigono ", anziché quella "se le circostanze lo giustificano ", significa che il legislatore ha inteso riprendere la giurisprudenza secondo la quale, quando il gratuito patrocinio viene richiesto nella procedura amministrativa, le relative condizioni devono essere esaminate in maniera rigorosa (Kieser, Kommentar zum ATSG, 2009, ad art. 37, n. 22, p. 504). Per il resto, quali presupposti del gratuito patrocinio valgono l'indigenza del richiedente, la necessità del patrocinio e la probabilità di esito favorevole e la concretizzazione delle singole condizioni ha luogo in analogia con i corrispondenti criteri applicabili nella procedura giudiziaria ex art. 61 LPGA (Kieser, op. cit., ad art. 37, n. 23, p. 504). La necessità di patrocinio da parte di un legale dipende dalle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, ossia dalla particolarità delle norme procedurali applicabili, dalla complessità delle questioni giuridiche, dalla fattispecie poco chiara, ma anche dal richiedente. Quest'ultimo, ad esempio, non dev'essere capace di difendere i propri interessi. Qualora sussiste la minaccia di un intervento particolarmente grave nello statuto giuridico dell'indigente è di regola data la necessità di un patrocinio, altrimenti soltanto nei casi in cui oltre alla relativa complessità della fattispecie si aggiungono anche difficoltà reali e giuridiche che non possono essere risolte dal richiedente stesso ("Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des Bedürftigen droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falles besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist . , cfr. DTF 125 V 35 consid. 4b e riferimenti; DTF 119 Ia 265) oppure se l'assistenza di rappresentanti di associazioni invalidi, assistenti sociali o altre persone nel settore sociale non può essere presa in considerazione ("... Eine anwaltliche Verbeiständung drängt sich nur in Ausnahmefällen auf, in denen ein Rechtsanwalt beigezogen wird, weil schwierige rechtliche oder tatsächliche Fragen dies als notwendig erscheinen lassen und eine Verbeiständung durch Verbandsvertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen nicht in Betracht fällt"; DTF 132 V 201 consid. 4.1 con riferimenti). Richiamata la succitata

severa giurisprudenza, ribadito che le condizioni per ottenere il gratuito patrocinio in sede amministrativa sono più restrittive rispetto a quelle per valutare il diritto all'assistenza giudiziaria in sede di ricorso, rettamente l'amministrazione ha ritenuto non giustificato l'intervento di un legale, tenuto conto che la presente fattispecie rientra nella consueta casistica di questo genere di problematiche. Pertanto giustamente l'Ufficio AI ha respinto la domanda di gratuito patrocinio, senza accertare l'eventuale indigenza dell'assicurato. Ne consegue che anche su questo punto la decisione impugnata va confermata. 2.13. 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 e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. 2.14. L'assicurato anche per questa sede ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. consid. 1.4). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG-Kommentar 3a ed., 2015, ad art. 61, n. 173, pagg. 828-829). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (Lag), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 173 segg.) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se il processo non è palesemente privo di esito positivo e se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid 5b con riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). In casu, dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserito, la vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, alla luce della precedente decisione del 17 novembre 2017, con la quale la domanda di prestazioni dell'assicurato del maggio 2017 era stata respinta dopo attenta valutazione della documentazione medica, non essendo stato raggiunto l'anno di attesa con incapacità minima ed ininterrotta del 40%, l'amministrazione non è entrata nel merito delle nuova domanda di prestazioni, corredata da un unico e assai scarso certificato medico - quello del dr. _____ dell'11 novembre 2019 -, considerato come l'assicurato non avesse apportato, nemmeno in fase di osservazioni al progetto di decisione del 23 gennaio 2020 - dal quale emergeva chiaramente la necessità di documentare debitamente un eventuale peggioramento delle sue condizioni - nuovi

elementi medici atti a rendere almeno verosimile una modifica della situazione medica o economica rispetto a quanto stabilito nella precedente decisione cresciuta in giudicato. Ne segue che la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio va respinta.

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