

TI_GERICHTE 32.2020.83 vom 9. Juni 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-06-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.83

FR: TI_GERICHTE 32.2020.83 du 9 juin 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.83 del 9 giugno 2020

Regeste

Non entrata nel merito di nuova domanda dell'assicurato, dopo precedenti rifiuti. Decisione confermata

Erwägungen

E. 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). 2.4. C on sentenza 8C_457/2012 del 9 luglio 2012 (ribadita nella STF 8C_901/2013 del 27 febbraio 2014 consid. 2) il Tribunale federale 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 fare 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 – come accennato (cfr. consid. 2.3) – 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 (cfr. consid. 3.2) . 2.5. Nel caso in esame, questo giudice è unicamente chiamato a stabilire se l'amministrazione ha correttamente oppure no rifiutato di esaminare il merito della richiesta di prestazioni, ritenendo segnatamente che l'assicurato non abbia reso verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita. Come d'anzì ricordato, per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Il punto di partenza per la valutazione di una modifica del grado d'invalidità suscettibile di incidere notevolmente sul diritto alle prestazioni è, dal profilo temporale, l'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita, ossia dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi. Da questo punto di vista un

provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 133 V 108, 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; in argomento vedi anche Meyer/ Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 30/31, pag. 430-433). In concreto occorre quindi esaminare se l'assicurato abbia reso verosimile una modifica della situazione valetudinaria (tale da incidere sulla sua capacità lavorativa) rispetto alla decisione di diniego delle prestazioni del 24 settembre 2015 (doc. AI 110), ossia rispetto all'ultimo provvedimento cresciuto in giudicato con il quale il diritto alla rendita è stato oggetto di un esame materiale. Da questo punto di vista le decisioni di non entrata nel merito del 29 marzo 2017 e del 26 ottobre 2018 non sono rilevanti (doc. AI 147).

2.6. Mediante decisione del 24 settembre 2015 l'Ufficio AI ha respinto la seconda domanda di prestazioni dell'assicurato presentata il 20 novembre 2014, negando all'assicurato il diritto a prestazioni, visto un grado di invalidità del 12% (cfr. consid. 1.1). Come già ricordato nella STCA 32.2017.76 del 10 novembre 2017, tale decisione di diniego si era basata sulle evidenze che seguono. Nell'ambito della procedura amministrativa l'assicurato aveva evidenziato l'insorgenza di problemi anche al ginocchio sinistro, oltre a quelli, già noti, al ginocchio destro. L'amministrazione aveva quindi interpellato il dr. _____ (per il quale il paziente era affetto da gonartrosi bilaterale ed era inabile come rappresentante nella misura del 50%; doc. AI 92) e richiamati gli atti dalla _____, aveva fatto esperire una valutazione clinica dal dr. _____, internista del SMR, il quale, con rapporto finale del 23 giugno 2015, aveva posto le diagnosi invalidanti di: "Gonartrosi in varo, tricompartmentale, prevalentemente mediale a destra, osteonecrosi del condilo femorale laterale (2009). Stato dopo trauma distorsivo ginocchio destro (5 agosto 1980). meniscectomia aperta ginocchio destro (12 settembre 1980). Stato dopo trauma distorsivo del ginocchio destro (12 ottobre 1983) artroscopia diagnostica (23 dicembre 1983) ricostruzione del legamento crociato anteriore (20 novembre 1985), probabile rottura inveterata della plastica artroscopia diagnostica (27 aprile 1987). Stato dopo trauma distorsivo ginocchio destro (26 agosto 1988) Stato dopo distorsione del ginocchio sinistro Resezione parziale del menisco mediale (10 maggio 2005) Rizartrrosi a destra Disfunzione plurisegmentale della colonna lombare, dysbalance muscolare" Il dr. _____ aveva quindi giudicato lo stato di salute essenzialmente stazionario, confermando un'inabilità lavorativa completa come carrozziere, ma un'abilità piena in un'attività adeguata (anche come rappresentante, attività svolta sino alla fine del 2008), ossia rispettosa delle elencate limitazioni (non assumere una posizione statica per oltre ¾ d'ora, camminare su brevi tragitti e non su terreni dissestati, raramente in salita o in discesa, non lavorare inginocchiato o accovacciato; doc. AI 104). Effettuato il confronto dei redditi concludente per un grado di invalidità del 12%, l'amministrazione ha respinto la domanda di prestazioni con decisione del 24 settembre 2015 (doc. AI 110).

2.7. In occasione della nuova domanda di prestazioni del 17 aprile 2020 l'assicurato ha fatto valere un peggioramento generalizzato delle condizioni. Ha prodotto innanzitutto un referto radiologico del 13 dicembre 2019 (MR rachide lombare nativo) attestante: "Lombosciatalgia L3-L4 dx. Referto Conservata lordosi lombare, non cedimenti o disallineamenti somatici, grossolane ernie di Schmorl con segni di riacutizzazione in maggior grado a L2-L3 L3-L4 L4-L5, osteocondrosi tipo Modic 2 D11-D12 sul versante anteriore. A L2-L3 disco degenerato e protruso senza significativo contatto radicolare. Artropatia faccettaria con versamento intraarticolare sn. A L3-L4 non ernie discali. Artropatia faccettaria. A L4-L5 ernia discale paramediana laterale sinistra in contatto con la radice L5. Artrosi faccettaria, forami lievemente ristretti. A L5-S1 non ernie discali. Artropatia faccettaria maggiore a destra. Conclusioni Alterazioni osteocondrosiche

multisegmentarie ed ernie di Schmorl con segni di riacutizzazione. Segni di artropatia faccettaria lombare distale. A L4-L5 ernia discale paramediana laterale sinistra in contatto con la radice L5.” (doc. AI pag. 466) Ha inoltre prodotto un certificato del 12 marzo 2020 del dr. _____, generalista, il quale ha certificato che “(...) che il sopraccitato paziente presenta un peggioramento delle condizioni generali nel contesto di poliartrosi alle spalle, ginocchia, a livello lombare e bilateralmente alle mani, DD: rizartriosi. Dolori che si accentuano al minimo sforzo nelle abituali attività della vita quotidiana ” (doc. AI pag. 467). La documentazione è stata sottoposta per esame al dr. _____ del SMR, il quale, nell’Annotazione del 20 aprile 2020, dopo aver rievocato le diagnosi e le conclusioni poste nel 2015, ha concluso che “ l'attuale documentazione risulta insufficiente per comprovare una prolungata IL in attività fisicamente leggera per la quale l'assicurato è stato in passato ritenuto abile ” (doc. AI pag. 471). Nell’ambito delle osservazioni presentate al progetto di non entrata in materia del 23 aprile 2010, l’assicurato, rappresentato anche dalla _____, ha prodotto una certificazione del 19 maggio 2020 del dr. _____, chirurgo, che ha affermato: " Si certifica che il signor RI 1 _____ .1962, a causa di una serie di malattie invalidanti, al momento peggiorate, a causa del decorso cronico evolutivo, non può esercitare alcuna attività che richieda sforzi sia fisici che intellettuali, per cui risulta inabile al 100% in maniera definitiva in ogni attività lavorativa. Le malattie di cui soffre da tempo sono di ordine in parte ortopediche: gravi artrosi alla colonna lombare con discopatie invalidanti, artrosi alle mani alle spalle e cervicali, con sindrome di Barré-Liéou (dolori alla testa, vertigini, disturbi agli occhi ecc.). Grave stato di esaurimento psico-fisico, con difficoltà di concentrazione e di memoria.” (doc. AI 157) Il certificato è stato sottoposto al medico SMR, il quale, nell’annotazione dell’8 giugno 2020, ha concluso che “l’attuale documentazione medica è insufficiente per comprovare un sostanziale peggioramento dello stato di salute dell’assicurato” (doc. AI 160). Di conseguenza, mediante decisione del 9 giugno 2020, l’amministrazione ha concluso per la non entrata in materia, motivando: " Considerazioni: Il 16 aprile 2020 abbiamo ricevuto la sua nuova richiesta. La nuova richiesta di prestazioni AI può essere esaminata unicamente se la situazione medica o professionale si è modificata in modo importante. Da quanto trasmessoci e valutato dal nostro Servizio medico regionale (SMR) non abbiamo potuto constatare tali modifiche, l’attuale documentazione risulta insufficiente per comprovare una prolungata inabilità al lavoro in attività fisicamente leggera per la quale in passato è stato ritenuto abile. Per questo motivo non possiamo entrare nel merito della sua nuova richiesta. Osservazioni Tutta la documentazione medica giunta a dossier in fase di audizione è stata sottoposta al vaglio del nostro Servizio medico regionale (SMR) il quale conclude che “l’attuale documentazione medica è insufficiente per comprovare un sostanziale peggioramento dello stato di salute dell’assicurato”. Si conferma pertanto il progetto di decisione del 23 aprile 2020.” (doc. AI 161) Di fronte al TCA l’assicurato ha prodotto le medesime certificazioni già inoltrate in sede amministrativa, oltre a altri atti medici, già facenti parte dell’incarto AI, e in particolare certificazioni in relazione a consulti e accertamenti radiologici effettuati nel 2018 alla spalla destra presso la Clinica _____ di _____ (doc. A/2). 2.8. In concreto bisogna concludere che effettivamente l’insorgente, chiamato a rendere verosimile che rispetto all’ultima decisione formale del 24 settembre 2015 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 su documentazione dalla quale non emerge una modifica rilevante delle sue condizioni rispettivamente una modifica idonea ad influire sulla sua capacità

lavorativa. Quanto innanzitutto al referto radiologico del 13 dicembre 2019 (MR rachide lombare nativo) attestante delle “ Alterazioni osteocondrosiche multisegmentarie ed ernie di Schmorl con segni di riacutizzazione, Segni di artropatia faccettaria lombare distale. A L4-L5 ernia discale paramediana laterale sinistra in contatto con la radice L5” (doc. AI pag. 466), esso non indica in che misura e per quale motivo tale reperto potrebbe giustificare un’ inabilità lavorativa, anche parziale, in un’ attività lavorativa adeguata, vale a dire rispettosa delle limitazioni poste nella valutazione del dr. _____ del SMR il 23 giugno 2015 (cfr. consid. 2.6). In questo senso del resto si è pronunciato il dr. _____ del SMR nella sua Annotazione del 20 aprile 2020 (doc. AI 151). Quanto d’ altra parte al breve e succinto certificato del 12 marzo 2020 del curante dr. _____, generalista, lo stesso si limita a attestare un generico peggioramento delle condizioni con poliartrosi, “ alle spalle, ginocchia, a livello lombare e bilateralmente alle mani, DD: rizartriosi” (doc. AI pag. 467), non segnalando quindi alcuna diagnosi nuova né pronunciandosi sulla capacità lavorativa. A ragione, in merito a questi due certificazioni del resto il medico SMR il 20 aprile 2020 ha osservato come gli stessi risultassero insufficienti per comprovare una prolungata inabilità lavorativa in attività fisicamente leggere per le quale l’ assicurato era stato in passato ritenuto abile (doc. AI pag. 471). Nemmeno del resto la certificazione del 19 maggio 2020 del dr. _____ prodotta in fase di osservazioni al progetto di decisione permette di concludere diversamente. In tale certificazione il dr. _____ si è in effetti limitato ad attestare un’ inabilità lavorativa completa in ogni attività lavorativa, indicando malattie “ di cui soffre da tempo ”, di natura in parte ortopedica, quali la nota artrosi alla colonna lombare con discopatie invalidanti, alle mani, alle spalle e cervicali, oltre ad un “ grave stato di esaurimento psico-fisico, con difficoltà di concentrazione e di memoria ” (doc. AI 157). Ora, in merito il medico SMR, nell’ annotazione dell’ 8 giugno 2020, ha concluso che “ l’ attuale documentazione medica è insufficiente per comprovare un sostanziale peggioramento dello stato di salute dell’ assicurato” (doc. AI 160). A tale conclusione questo giudice deve aderire, considerato come tale certificazione risulti assai scarna, senza menzione precisa di diagnosi, senza motivazione e indicazione dei motivi per cui le note affezioni di cui soffre l’ assicurato “ da tempo ” e divenute ormai croniche - e già approfonditamente valutate nell’ ambito della procedura sfociata nella decisione del 24 settembre 2015 - causerebbero un’ inabilità lavorativa completa in ogni attività. La certificazione non fa del resto riferimento neanche ad accertamenti specialistici o a terapie farmacologiche o di altra natura nel frattempo intraprese, segnatamente laddove riferisce, in modo del tutto generico, di “ un grave stato di esaurimento psico-fisico”. Tali documenti non permettono 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 di merito, sfociata nel provvedimento (cresciuto incontestato giudicato) del 24 settembre 2015, nel quale, sulla base della menzionata approfondita valutazione del SMR, le condizioni dell’ assicurato erano state attentamente valutate per poi giungere alla conclusione di un’ inabilità lavorativa completa nella precedente attività come carrozziere, ma di un’ abilità completa in attività leggere adeguate. Tali conclusioni risultano in questa sede vincolanti. Con il ricorso l’ assicurato ha prodotto anche atti medici già prodotti in precedenza, e in particolare certificazioni relative a consultazioni del 29 marzo, 15, 24 e 25 maggio 2018 presso la clinica Ars Ortopedica, attestanti la presenza di dolori alla spalla destra da anni, l’ effettuazione di una Artro-MRI sempre alla medesima spalla (concludente per “ Artrosi acromion-claveare in parte riattivata con minimi segni di impingement sotto acromiale, Lesione parziale del sovraspinato sul versante articolare, Slaminamento delle

fibre superiori del sotto-scapolare con lesione parziale, degenerazione importante della parte orizzontale del CLB, Lesione dello SLAP estesa in parte al labbro anteriore”) e concludenti con la prescrizione di un trattamento fisioterapico (doc. A/2). Ora, a prescindere dal fatto che tale documentazione, come detto, era già stata prodotta nell’ambito della domanda di prestazioni presentata del settembre 2018 (conclusasi con il provvedimento di non entrata nel merito del 26 ottobre 2018, cresciuto incontestato in giudicato), la stessa non permette in ogni modo di modificare l’esito della presente vertenza. In effetti, già in quell’occasione, nell’Annotazione del 18 settembre 2018, il medico SMR dr. _____ aveva con pertinenza osservato che da tale documentazione risultava una situazione già descritta e valutata nel 2016 (perizia del 5 settembre 2016 del dr. _____, il quale aveva dichiarato che “l’oggettività clinica dimostra un buon trofismo muscolare, la mobilità è completa, la forza conservata. Palm up test positivo, dolore al solco bicipitale”; doc. AI 116) , così come già allora concluso dal dr. _____ nella valutazione del 23 maggio 2017. Di conseguenza, secondo il medico SMR, non vi era alcuna modifica sostanziale dello stato di salute rispetto alle decisioni precedenti (doc. AI 143). A tale conclusione deve quindi essere prestata adesione anche in questa sede. In conclusione non avendo l’assicurato reso validamente verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute con influsso sulla capacità lavorativa prima dell’emanazione della decisione qui impugnata, la non entrata in materia sancita con quest’ultima merita conferma (cfr. STF 9C_316/2011 del 20 febbraio 2012 consid. 4.2). La decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto. 2.9. 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 complessivi fr. 500.--vanno poste a carico del ricorrente.

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