

## **TI\_GERICHTE 32.2020.94 vom 17. Juni 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-06-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2020.94](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.94)

FR: TI\_GERICHTE 32.2020.94 du 17 juin 2020

IT: TI\_GERICHTE 32.2020.94 del 17 giugno 2020

### **Regeste**

Non entrata nel merito di una nuova domanda di prestazioni presentata dopo rifiuto di due anni prima. Decisione confermata, l'assicurata non avendo reso verosimile un cambiamento significativo delle sue condizioni

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

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.

#### **E. 2.7**

In concreto l'insorgente, chiamata a rendere almeno verosimile che, rispetto all'ultima decisione formale del 14 dicembre 2018, vi è stato un peggioramento del suo stato di salute, non ha reso verosimile una modifica della sua situazione valetudinaria rilevante, ossia tale da incidere sulla capacità lavorativa. In effetti, la nuova domanda si basa esclusivamente sul menzionato certificato medico del 7 maggio 2020 del dr. \_\_\_\_\_, nel quale il curante ha in sostanza ripreso le affezioni e le diagnosi già evidenziate e indagate nell'ambito della prima domanda, in particolare in sede di perizia \_\_\_\_\_ del 28 settembre 2018, le cui conclusioni sono state fatte proprie nella decisione formale del 14 dicembre 2018, integralmente confermata da questo Tribunale mediante pronuncia del 27 gennaio 2020 e per questo vincolante. Il curante non espone in che modo le patologie elencate influirebbero sulla capacità lavorativa dell'assicurata e in che misura lo farebbero in maniera e in misura diverse da quanto diffusamente valutato dal \_\_\_\_\_. Del resto il medesimo curante ammette che la paziente "persista" nel presentare una limitazione alla capacità lavorativa del 50%, confermando quindi la stazionarietà della situazione rispetto a quanto da lui valutato in occasione dell'evasione della prima domanda di prestazioni, in particolare nel rapporto medico all'AI del 4 maggio 2018. In quella sede il dr. \_\_\_\_\_ aveva in effetti pure concluso per un'inabilità lavorativa del 50% per le diagnosi di "Sindrome depressiva ricorrente, episodio di media gravità con sintomi biologici F33.1; Disturbo di personalità forme miste con tratti immaturi ansiosi F61.0; Tricotillomania F63.3" (doc. AI 10). Aveva osservato che la paziente presentava, tra l'altro, una "diminuzione dell'efficienza cognitiva secondaria alla deflessione timica" oltre a "contenuti inclini all'ossessione e alla rimuginazione, presenza di ideazioni a contenuto prevalente della condizione somatica e luttuosa. Umore deflesso con: labilità affettiva, astenia, anedonia. Ansia libera e generalizzata alla pluralità degli aspetti della vita. Presenza di marcata conversione somatica dei propri turbamenti inconsci". Erano per contro assenti fobie, tendenze etero aggressive, e lo slancio e l'istinto vitale era ben conservati, con assenza di sintomi afferenti alla sfera psicotica (dc. AI pag. 75). Come correttamente evidenziato dal medico SMR,

nell'annotazione del 10 giugno 2020 (doc. AI 45), il recente certificato del 7 maggio 2020 non riporta dunque alcun fatto medico nuovo rispettivamente modificazioni significative di fatti noti e già precedentemente valutati dal \_\_\_\_\_ e dal SMR, in particolare in occasione del rapporto finale del 10 ottobre 2018 (doc. AI pag. 119). 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 del 14 dicembre 2018, confermato da questo Tribunale e, quindi, cresciuto incontestato in giudicato e per questo in questa sede vincolante. Questo giudice - attentamente vagliato l'insieme della documentazione medica agli atti - non ha quindi motivo di distanziarsi dall'apprezzamento del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ nell'annotazione del 10 giugno 2020, giusta il quale la certificazione prodotta dall'assicurata non permette di oggettivare una sostanziale modifica dello stato di salute. Sia peraltro osservato che la citata certificazione è l'unico atto medico presentato in occasione della nuova domanda di prestazioni. A proposito del medico SMR giova del resto qui ricordare che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Non va del resto neppure dimenticato un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STF U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. ; DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; 124 I 175 consid. 4; 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). In conclusione, non essendo stata resa verosimile una notevole modifica nelle condizioni di salute dell'assicurata nell'ambito della procedura amministrativa e, quindi, prima della resa del querelato provvedimento, secondo questo giudice giustamente l'Ufficio AI non è entrato nel merito della nuova richiesta di prestazioni. La decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto. 2.8

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 della ricorrente.

### E. 3

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. Con la nuova domanda di prestazioni non è stato credibilmente dimostrato, per il tramite di dettagliata documentazione medica, che dopo l'emissione della precedente decisione le circostanze oggettive abbiano subito una modifica rilevante. Per questo motivo non possiamo entrare nel merito della nuova richiesta.

Audizione - Osservazioni al progetto di decisione del 22.04.2020 Abbiamo preso atto del suo scritto del 22.05.2020 e del rapporto medico psichiatrico datato 07.05.2020 a firma del Dr. med. \_\_\_\_\_, Dr. med. \_\_\_\_\_ e Lic. Psic. \_\_\_\_\_, giunto in sede di audizione. La documentazione medica prodotta è stata convenientemente sottoposta al vaglio del nostro Servizio Medico Regionale, il quale ha avuto così modo di riesaminare anche gli atti dell'incarto già precedentemente consultati. L'esito di tale giudizio ha tuttavia messo in luce l'assenza di elementi particolari atti ad imporre all'amministrazione una valutazione diversa rispetto alla situazione clinica già apprezzata antecedentemente in modo approfondito. Non si evidenziano fatti nuovi o modificazioni significative di fatti noti che consentano di entrare nel merito di una nuova domanda di prestazioni AI. Il progetto di decisione del 22.04.2020 viene di conseguenza confermato.” (doc. AI 46) Nel suo ricorso l'assicurata ha contestato la decisione, chiedendo l'entrata nel merito della sua domanda e, quindi, l'attribuzione di una rendita, senza produrre ulteriore documentazione medica.

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