

TI_GERICHTE 32.2022.63 vom 10. August 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-08-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.63

FR: TI_GERICHTE 32.2022.63 du 10 août 2022

IT: TI_GERICHTE 32.2022.63 del 10 agosto 2022

Regeste

Decisione di non entrata nel merito su nuova domanda di prestazioni. TCA conferma. Nuova documentazione prodotta con il ricorso viene trasmessa all'amministrazione da trattare quale nuova domanda di prestazioni. Domanda di AG respinta in assenza di probabilità di esito favorevole

Erwägungen

E. 17

febbraio 2021 per le diagnosi di “F 61 Altri disturbi di personalità e forme miste, F 33.0 disturbo depressivo ricorrente, episodio lieve in atto ” e quello relativo alla degenza dal 17 febbraio al 5 marzo 2021 presso la clinica psichiatrica cantonale (CPC) per le diagnosi di “F 61 Disturbo di personalità misto con tratti paranoide e narcisistici, F 41.2 disturbo misto ansioso-depressivo ” (doc. AI pag. 479 e 482). Con uno scritto del 14 giugno 2021 il dr. _____, ricordato come avesse in cura l'assicurato dal febbraio 2015, ne ha confermato l'inabilità completa per ogni professione, diagnosticando la presenza di “ Sindrome depressiva ricorrente attuale episodio di gravità media (F33.1), Disturbo d'ansia sociale (F40. 10) con attacchi di panico, Disturbo di personalità forme miste (F61.0) ” (doc. AI pag. 485). Valutati tali atti, il dr. _____ del SMR, nella sua Annotazione del 22 giugno 2021, ha affermato quanto segue: " Ho preso visione del dossier e della documentazione medica. La sintomatologia dell'assicurato descritta nel rapporto medico del 14.06.2021 (GED 16.06.2021) della dr.ssa med. _____, medico assistente, come pure nel rapporto medico di dimissione dalla clinica _____ di _____ relativo al ricovero dell'assicurato dal 27.01.2021 al 17.02.2021 e dalla clinica _____ di _____ relativo al ricovero dell'assicurato dal 17.02.2021 al 05.03.2021 è sovrapponibile a quanto descritto dai periti (GED 11.06.2018 e 10.07.2020), pertanto non è possibile formulare una valutazione differente dello stato di salute dell'assicurato e della CL dell'assicurato. L'entrata in materia non appare giustificata.” (doc. AI pag. 498) Con progetto di decisione del 23 giugno 2021 l'amministrazione ha quindi preannunciato la non entrata nel merito sulla domanda di prestazioni (doc. AI pag. 499). L'assicurato si è opposto al progetto di decisione con osservazioni del 13 luglio 2021, sulle quali si è espresso il dr. _____ del SMR il 16 novembre 2021 (doc. AI pag. 505 e 513). Con decisione del 10 agosto 2022 è quindi stata confermata la non entrata nel merito della nuova domanda, con la seguente motivazione: " (...) Considerazioni: Tramite decisione del 30.03.2021 abbiamo rifiutato la precedente richiesta di prestazioni AI. Il 16.06.2021 abbiamo ricevuto la nuova richiesta, con allegata documentazione medica. Dalla valutazione degli atti, il nostro Servizio Medico Regionale non ha potuto constatare una modifica, poiché la nuova documentazione aggettiva uno stato di salute sovrapponibile a quello già valutato nei precedenti accertamenti. Per questo motivo non possiamo entrare nel merito della nuova

domanda. Osservazioni al progetto del 23.06.2021 Il nostro Servizio medico regionale ha preso visione delle osservazioni sollevate in merito al summenzionato progetto e ritiene che non emergano elementi di rilevanza medica che consentano di modificare la precedente presa di posizione dello scrivente Ufficio. Decidiamo pertanto : Non si entra nel merito della richiesta di prestazioni.” (doc. A) Davanti al TCA il rappresentante dell’assicurata ha prodotto due certificazioni del dr. _____ (doc. B e XII/1), sui quali si è espresso il medico SMR con annotazioni del 17 ottobre e 5 dicembre 2022 (VIII/1 e XIV/1). 2.8. In concreto, tutto ben considerato e sulla base delle pertinenti e approfondite valutazioni del medico SMR, questo giudice deve concludere che l’insorgente, con la sua nuova domanda di prestazioni, non ha reso verosimile l’intervento di una modifica rilevante della sua situazione valetudinaria, ossia tale da incidere sulla capacità lavorativa, rispetto all’ultima decisione formale, con valutazione del merito, del 14 giugno 2019. In effetti, la nuova richiesta si basa sostanzialmente su documentazione attestante le già note affezioni psichiche, le quali erano state attentamente e approfonditamente vagliate del _____ nella perizia dell’8 giugno 2018 e nei relativi complementi del 9 luglio 2018 e 15 maggio 2019 (doc. AI pag. 198, 294, 340). In effetti, lo psichiatra curante dr. _____, nella sua certificazione del 14 giugno 2021, non fa altro che ribadire le diagnosi già esposte in precedenza e sostanzialmente sovrapponibili a quanto descritto dai periti interpellati in occasione della decisione del 14 giugno 2019. A ragione quindi lo psichiatra del SMR, nelle sue Annotazioni del 22 giugno 2021, ha osservato che la documentazione prodotta non permetteva di formulare una valutazione differente dello stato di salute e della capacità lavorativa rispetto a quanto approfonditamente chiarito prima della resa della decisione del 14 giugno 2019, segnatamente mediante la perizia _____ dell’8 giugno 2018, ragione per cui non appariva giustificata l’entrata in materia (doc. AI pag. 498). A queste conclusioni questo Tribunale deve aderire. In effetti le diagnosi elencate dai sanitari della Clinica _____, della _____ e dal dr. _____ (che ripropongono quelle già indicate dal medesimo psichiatra curante nella certificazione del 20 dicembre 2017, quando aveva indicato la presenza di “ di disturbo d’ansia generalizzato (F41.1), sindrome depressiva ricorrente attuale episodio di gravità media (F33.1), d disturbo d’ansia sociale (F40.10), disturbo di personalità forme miste (F61.0), tratti impulsivi e paranoidi (...)” (doc. AI pag. 183) erano già sostanzialmente state messe in evidenza dagli accertamenti eseguiti prima della resa della decisione del 14 giugno 2019, segnatamente nell’ambito della perizia del _____ dell’8 giugno 2018, e in particolare dalla valutazione eseguita dal dr. _____, specialista in psichiatria. Quest’ultimo aveva i effetti attestato, nel consulto del 20 marzo 2018, “Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD 10; F41.2), Disturbo misto di personalità (ICD 10; F61.0)” (doc. AI pag. 267), diagnosi fatte proprie anche dal medico SMR in occasione del rapporto medico dell’11 giugno 2018 (doc. AI pag. 195; cfr. al consid. 2.6). Del resto, nemmeno quanto addotto dall’assicurato in sede di osservazioni al progetto di decisione di non entrata nel merito del 23 giugno 2021 (doc. AI pag. 499 e 505) permette diversa conclusione. Egli si è in effetti limitato a sottolineare di essere sofferente per problematiche psichiche e di essere in cura psichiatrica da oltre 20 anni (doc. AI pag. 505). A ragione il dr. _____ del SMR, nell’annotazione del 16 novembre 2021, ha affermato che dallo scritto dell’assicurato non emergevano elementi di rilevanza medica che consentivano di modificare la precedente presa di posizione, ritenuto che “la sofferenza dell’assicurato è umanamente comprensibile, in considerazione del fatto che deve convivere con patologie croniche e necessariamente curarsi, questo però non consente dal punto di vista medico assicurativo di discostarsi da quanto precedentemente valutato” (doc. AI pag.

513). A tale conclusione, tratta sulla base di un'attenta valutazione medica, questo Tribunale deve aderire. Come correttamente evidenziato dall'amministrazione, le nuove certificazioni prodotte dall'assicurato non riportano in effetti alcun fatto medico nuovo rispettivamente modificazioni significative di fatti noti e già precedentemente valutati dal _____ e dal medico SMR, rispettivamente non rendono verosimile un peggioramento duraturo delle condizioni dell'assicurato e di conseguenza della sua capacità lavorativa, successivamente alla decisione del 14 giugno 2019, con la quale, sulla base dell'approfondita valutazione peritale, era stata stabilita – in modo vincolante – un'abilità lavorativa dell'80% nell'attività abituale e in ogni altra attività leggera adatta. Questo giudice, attentamente vagliato l'insieme degli atti medici, non ha quindi motivo di distanziarsi dall'apprezzamento del medico SMR. Giova del resto 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. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; 124 I 175 consid. 4; 122 V 161). In ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può quindi di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008 e I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). In conclusione, non essendo stata resa verosimile, prima della resa del querelato provvedimento del 10 agosto 2022, una notevole modifica nelle condizioni di salute nell'ambito della procedura amministrativa avviata con la nuova domanda di prestazioni del giugno 2021, giustamente l'Ufficio AI non è entrato nel merito della nuova richiesta. 2.9. Dopo l'emanazione della decisione impugnata, e meglio in questa sede, quindi tardivamente, l'assicurato ha dapprima prodotto un nuovo scritto del 29 settembre 2022 del dr. _____, medico assistente presso il Servizio _____, il quale ha affermato: " Con la presente si certifica che il sig. RI 1 è attualmente in carico presso l'_____ di _____ dal 25.07.2022. Il sig. RI 1 ha richiesto una presa in carico psichiatrica per una sintomatologia caratterizzata da una marcata deflessione del tono dell'umore ed accompagnata da anedonia, astenia, sentimenti autosvalutanti, nonché una sintomatologia ansiosa generalizzata e parossistica associata ad agorafobia. Sulla base delle visite effettuate e dell'anamnesi raccolta, si è posta una diagnosi di Disturbo depressivo ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD10: F33.1) e Agorafobia con attacchi di panico (ICD10: F40.1). È stata dunque posta

l'indicazione alla prosecuzione della presa in carico psichiatrica ambulatoriale ed è stata maggiorata la terapia in essere con mirtazapina a 30 mg/die, attualmente in corso di titolazione e valutazione. Si rilascia il presente certificato su richiesta dell'interessato. Restando a disposizione per chiarimenti, porgo cordiali saluti (doc. 4) In merito il 17 ottobre 2022 il medico SMR si è così espresso: " Ho preso visione del dossier e della documentazione medica. Nel certificato medico del 29.09.2022 del dr. med. _____, medico assistente, quindi non ancora in possesso del titolo FMH in psichiatria e psicoterapia, è descritto come l'assicurato è affetto da un disturbo depressivo ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD10: F33.1) e da agorafobia con attacchi di panico (ICD10: F40.01, la codifica riportata nel certificato medico è sbagliata). Nel certificato medico non si fa alcun riferimento concreto al fatto che le patologie possano avere ripercussioni sulla CL dell'assicurato perciò esse sono da considerare senza ripercussioni sulla CL dell'assicurato. Infatti si tratta di patologie psichiatriche che non necessariamente causano IL, soprattutto prolungata nel tempo e abitualmente rispondono bene alle cure. La terapia farmacologica impostata, mirtazapina 30 mg/die, è poco coerente con un quadro clinico grave o invalidante, l'effetto antidepressivo della molecola citata si raggiunge solitamente a 45 mg/die. Il medico descrive infatti come il farmaco sia in fase di titolazione, cosa che sta a significare che la variazione del dosaggio è stata recente e conseguentemente anche l'insorgenza di sintomi necessitanti della citata modifica farmacologica è recente. Peraltro si tratta di una terapia farmacologica meno incisiva rispetto a quella che veniva prescritta nel 2017 dal dr. med. _____ e che veniva confermata dai periti _____ nel 2018. Il quadro clinico oggettivato dai periti doveva essere necessariamente più grave rispetto a quello descritto dal dr. med. _____, in quanto non è ragionevole ritenere che a sintomi più gravi corrisponda un approccio farmacologico così poco incisivo come quello attuale. Inoltre le diagnosi formulate dal dr. med. Lutri sono in linea con quelle formulate in passato dal precedente curante, dr. med. _____. Le conclusioni in merito alla diagnosi e alla valutazione della CL dell'assicurato del dr. med. _____ erano state oggettivamente confutate in sede peritale neutrale nel 2018. Non evidenzio elementi aggettivi che mi consentano di giustificare l'entrata in materia." (VIII/1) Il dr. _____ ha precisato ulteriormente in data 29 novembre 2022: " In aggiunta al precedente certificato concernente il sig. RI 1, in carico presso l'_____ di _____ dal 25.07.2022, si precisa quanto segue: Il sig. RI 1 è giunto all'attenzione dello scrivente con una terapia già in corso costituita unicamente da mirtazapina 15 mg/die, valutata largamente insufficiente in ragione della sintomatologia ansiosa e depressiva in atto al momento della prima consultazione. In un primo momento si è effettuato un tentativo di incremento posologico del farmaco, tentativo rivelatesi tuttavia inefficace, e successivamente si è provveduto ad una modifica della, terapia in corso con introduzione di paroxetina 20 mg/die quetiapina 25 mg 2x/die e zolpidem 10 mg/die. La terapia resta tuttora in corso di valutazione in quanto il paziente riferisce la persistenza di una deflessione del tono dell'umore e di ripetuti attacchi di panico con agorafobia invalidante. Si segnalano peraltro in anamnesi multipli pregressi tentativi di introduzione di trattamenti antidepressivi e ansiolitici con scarsa efficacia clinica. Si è provveduto ad effettuare un approfondimento anamnestico con il paziente e con i precedenti terapeuti presso lo studio del Dr. med. _____ (sig. _____, Dr.ssa med. _____), in base al quale emergeva un quadro depressivo e ansioso già presente da lungo tempo, con significativo impatto sul funzionamento, dapprima formativo (il paziente non è riuscito a portare a termine un percorso formativo e/o professionalizzante), ed in seguito lavorativo e sociale del paziente. Lo stesso riferisce severe difficoltà

nell'uscire di casa legate ad agorafobia e si reca in consultazione presso il Servizio unicamente accompagnato da una figura di attaccamento. Tali dati anamnestici sono apparsi congruenti con l'osservazione clinica da me effettuata nel periodo di riferimento e con quanto riportato dai precedenti curanti del paziente. In base a quanto da me osservato durante la presa in carico ed alle informazioni anamnestiche che mi è stato possibile raccogliere, si ritiene che il disturbo presentato dal paziente comporti attualmente una totale compromissione della capacità lavorativa.” (XII/1) In merito a quest'ultima certificazione il dr. _____ del SMR, nell'Annotazione del 5 dicembre 2022, ha affermato che “in considerazione del nuovo rapporto medico del 29.11.2022 del dr. med. _____ l'entrata in materia è dal punto di vista medico psichiatrico giustificata” (XIV/1). Ora, come dianzi anticipato (consid. 2.3 e 2.4), e come osservato dall'Ufficio AI nella risposta di causa (III) e nello scritto del 7 dicembre 2022 (XIV), 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 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. Nella fattispecie, la documentazione prodotta dall'assicurato con il ricorso o nel corso della presente procedura ricorsuale e, quindi, tardivamente, non può quindi modificare l'esito della presente vertenza. La stessa, e in particolare la nuova certificazione del dr. _____ del 29 novembre 2022 (ritenuto che quella del 29 settembre 2022 non evidenziava elementi oggettivi idonei a giustificare un'entrata in materia riguardo alla nuova domanda di prestazioni, giusta l'annotazione del 17 ottobre 2022 del SMR citata sopra; cfr. VIII/1), unitamente ad eventuale altra documentazione medica che sostanzialmente l'effettivo intervento di un peggioramento duraturo e tale da influire sulla capacità lavorativa (che in occasione della decisione del 14 giugno 2019 era stata giudicata dell'80% nell'attività abituale e in ogni altra attività leggera adatta), verrà trattata dall'amministrazione quale nuova domanda di prestazioni, come del resto indicato dall'Ufficio AI nello scritto del 7 dicembre 2022 (XIV).

2.10. In conclusione, la decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). 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.

2.11. L'assicurato ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. 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), 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'inserto, 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 14 giugno 2019, con la quale la domanda di prestazioni era stata respinta dopo attenta valutazione delle condizioni mediche e della documentazione agli atti, l'amministrazione non è entrata nel merito della nuova domanda di prestazioni, corredata da un unico e assai scarso certificato medico – quello del dr. _____ del 14 giugno 2021 – oltre a due rapporti d'uscita dalla Clinica _____ e dalla _____, considerato come l'assicurato non avesse apportato, nemmeno in fase di osservazioni al progetto di decisione del 23 giugno 2022 – 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. Per quanto detto sopra, la produzione delle certificazioni del dr. _____, che parrebbero indiziare effettivamente l'intervento di un peggioramento, è avvenuta in sede ricorsuale e quindi tardivamente. 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.