

TI_GERICHTE 32.2024.10 vom 16. Januar 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-01-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.10

FR: TI_GERICHTE 32.2024.10 du 16 janvier 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.10 del 16 gennaio 2024

Regeste

Nuova domanda di prestazioni. Non entrata in materia per assenza di notevole peggioramento. Dall'esame dei referti medici, il TCA ritiene invece verosimile che lo stato di salute sia notevolmente peggiorato. Rinvio atti a Ufficio AI per entrare in materia sulla nuova domanda e approfondire le condizioni

Erwägungen

E. 17

ottobre 2023 ha compilato (spontaneamente o su vostra richiesta?) lo specifico formulario dell'assicurazione invalidità intitolato "Rapporto medico: Integrazione professionale/ Rendita". L'Ufficio AI ha quindi subito interpellato il Servizio Medico Regionale per sapere se "La documentazione medica del 17.10.2023 (Ged) giustifica l'entrata in materia" e il giorno seguente, il 18 ottobre 2023 (doc. 30), il dr. med. _____ ha ritenuto non giustificato entrare in materia, non aggiungendo, la documentazione pervenuta, "nuove diagnosi od uno stato clinico invariato (recte: diverso) rispetto a quanto valutato in precedenza". Il 19 ottobre 2023 (doc. 31) è perciò stato emanato il progetto di decisione di non entrata in materia sulla nuova richiesta di prestazioni, confermato con la decisione del 16 gennaio 2024 (doc. 42), contro cui l'assicurato ha inoltrato ricorso al TCA il 15 febbraio 2024. Sulla scorta dell'esposta cronologia degli eventi, le chiedo per cortesia di verificare la tempestività della trasmissione della documentazione medica da parte dell'assicurato, e meglio se i nuovi documenti pervenuti all'Ufficio AI il 17 ottobre 2023 dovevano effettivamente essere considerati come una nuova domanda di prestazioni, stante il rifiuto dell'8 settembre 2023, oppure come un ricorso contro per l'appunto questa decisione di rifiuto delle prestazioni.". In risposta, il 25 giugno 2024 (doc. XIV) l'amministrazione si è così pronunciata: "Nella concreta evenienza, dal tracciamento degli invii qui allegato risulta che la decisione 8 settembre 2023 è stata spedita con invio raccomandato il giorno medesimo e l'assicurato (destinatario dell'invio) è stato avvisato dalla Posta per il ritiro l'11 settembre 2023. L'ultimo giorno di giacenza era il 18 settembre 2023. Il termine di 30 giorni per interporre ricorso contro questa decisione ha quindi iniziato a decorrere il 19 settembre 2023, ossia il giorno seguente l'ultimo giorno di giacenza presso l'Ufficio postale ed è venuto a scadenza il 18 ottobre 2023. A mente dello scrivente Ufficio, il rapporto medico 17 ottobre 2023 del Dr. med. _____ (compilato spontaneamente dal curante e giunto per il tramite di quest'ultimo all'Ufficio AI il medesimo giorno con i relativi allegati) va considerato come una nuova domanda di prestazioni (e non come un ricorso avverso la decisione di rifiuto delle prestazioni). In effetti, il curante di cui sopra ha precisato - a pagina 6 del rapporto in questione - che "questo rapporto è un aggiornamento del 13.06.23" (e non è pertanto da ritenere quale ricorso, opposizione o reclamo contro la decisione dell'8 settembre 2023). Del resto, l'assicurato stesso non ha mai contestato la decisione

dell'8 settembre 2023 e si è attivato per la prima volta solo dopo aver ricevuto il progetto di decisione di non entrata in materia datato 19.10.2023 (cfr. in tal senso l'e-mail del 22.11.2023 all'interno della quale si legge che " (...) Ora ho ricevuto un secondo rifiuto da parte sua. Non capisco perché (...) "). Va infine sottolineato che la decisione dell'8 settembre 2023 è nel frattempo cresciuta in giudicato formale (avendo il signor RI 1 interposto ricorso al TCA il 15.02.2024 unicamente avverso la decisione del 16.01.2024) e che l'assicurato potrà - se del caso - presentare direttamente all'amministrazione una domanda di riconsiderazione della decisione 08.09.2023 ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPGA.". Questo Tribunale concorda con le motivazioni addotte dall'amministrazione e quindi considera l'inoltro dei documenti medici del 17 ottobre 2023 come una nuova domanda di prestazioni a seguito del rifiuto dell'8 settembre 2023 di una rendita, anziché come un ricorso contro quest'ultima decisione. Si evidenzia, infatti, che il 2 ottobre 2023 il dr. med. _____ ha visitato l'assicurato e il 17 ottobre 2023 (doc. 29) ha redatto il rapporto medico, che ha fatto spontaneamente pervenire quello stesso giorno all'Ufficio AI. L'interessato non ha invece allegato alcuno scritto esplicativo/ accompagnatorio al rapporto del 17 ottobre 2023 del suo medico curante, ma è stato silente al riguardo, quando era invece solito difendersi da solo facendo ben chiaramente valere i propri diritti. Inoltre, si osserva che il dr. _____ ha effettivamente specificato in calce al rapporto del 17 ottobre 2023 (doc. A12) che " Questo rapporto è un aggiornamento del 13.6.23 " e quindi si ritiene che con la parola " aggiornamento " egli abbia voluto indicare che nel frattempo c'è stato un peggioramento della situazione del suo paziente, perciò andava rivalutato il suo stato di salute e rivisto il rifiuto di concedergli delle prestazioni. Inoltre, il TCA segnala che, in effetti, eccetto l'accenno nell'email del 22 novembre 2023 (doc. 32) in cui osservava che aveva ormai ricevuto ben due rifiuti da parte dell'Ufficio AI (il primo, quindi, con la decisione dell'8 settembre 2023 e il secondo con il progetto di decisione del

E. 19

ottobre 2023 di non entrata in materia), l'assicurato non ha mai contestato nel merito, come tale, la decisione dell'8 settembre 2023. Anche a seguito della lettera che il Tribunale ha scritto all'Ufficio AI il 18 giugno 2024 (doc. XIII), a sapere se il rapporto del 17 ottobre 2023 doveva essere considerato come un ricorso o una nuova domanda di prestazioni, il ricorrente non ha preso posizione e dunque non ha (mai) formalmente contestato la prima decisione di rifiuto delle prestazioni. 2.2. Da quanto precedentemente esposto, discende che oggetto del ricorso è quindi la questione di sapere se a ragione l'Ufficio assicurazione invalidità non è entrato nel merito della nuova domanda di prestazioni pervenutagli il 17 ottobre 2023 sotto forma di nuovi referti medici. 2.3. In virtù dell'art. 87 cpv. 3 OAI, qualora una domanda di rendita sia stata respinta perché il grado di invalidità era insufficiente, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato dimostra che il suo 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 che ha reso in precedenza una decisione di rifiuto di prestazioni cresciuta in giudicato debba costantemente chinarsi su domande in cui l'assicurato si limita a ripetere gli stessi argomenti senza comprovare una modifica dei fatti determinanti (DTF 133 V 108 consid. 5.2 e 5.3;

DTF 130 V 64 consid. 5.2.3; DTF 117 V 198 consid. 4b; STF 9C_555/2023 del 15 aprile 2024, consid. 2.2). 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; DTF 117 V 198 consid. 3a; STF 9C_555/2023 del 15 aprile 2024, consid. 2.2; 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. 87 OAI; Pratique VSI 1999 pag. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrenten-revisionen, 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 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). Nella recente STF 9C_555/2023 del 15 aprile 2024 il Tribunale federale, rifacendosi a quanto già rilevato nella STF 9C_576/2021 del 2 febbraio 2022, in merito alla possibilità di presentare una nuova domanda di prestazioni ha affermato quanto segue: " 4.2 (...) La jurisprudence relative à une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, dûment rappelée dans l'arrêt entrepris, requiert en effet que celle-ci présente à l'administration des éléments suffisants pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI). Dans cette mesure, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à une telle procédure, la juridiction de première instance étant tenue d'examiner le bien-fondé de la décision de non-entrée en matière de l'office AI en fonction uniquement des documents produits jusqu'à la date de celle-ci (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêt 9C_627/2020 du 17 novembre 2020 consid. 4.2). Dès lors que les pièces auxquelles la recourante se réfère ont été établies les 22 novembre 2022 et 26 janvier 2023, soit postérieurement à la décision du 17 octobre 2022, c'est à bon droit que la juridiction cantonale n'en a pas tenu compte dans le cadre de son examen." Va ancora rilevato che per quanto concerne gli attuali art. 87 cpv. 2 e 3 OAI, 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 del rilevante cambiamento giusta l'art. 87 cpv. 3 e 4 OAI (STFA I 619/04 del 10 febbraio 2005, consid. 3). In particolare, l'a 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 (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). Infine, va rilevato che 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).

2.4. Nella fattispecie in esame, l'11 aprile 2023 (doc. 8) RI 1 ha chiesto all'assicurazione invalidità delle prestazioni a causa di dolori alle dita delle mani, della stanchezza e delle difficoltà respiratorie insorti, a suo dire, dopo la seconda vaccinazione contro il Covid-19, che dal 19 luglio 2021 gli hanno impedito di continuare a lavorare come costruttore di barche. Il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna generale, che l'aveva in cura dal 13 marzo 2023 e l'aveva visto da ultimo il 5 giugno 2023, nel rapporto del 13 giugno 2023 ha indicato che l'assicurato lamentava dolori articolari diffusi, stanchezza ed esaurimento psicofisico, possibile long-Covid post-vaccinale. Egli ha posto queste due ultime sintomatologie come diagnosi. Ritenendo difficile pronunciarsi a quel momento sulla prognosi relativa alla capacità lavorativa, il curante ha ritenuto che l'assicurato poteva svolgere un lavoro tranquillo, senza carichi pesanti, stancandosi facilmente e soffrendo di dolori articolari diffusi. Il medico internista non ha però ritenuto possibile rispondere alle domande a sapere quante ore al giorno erano esigibili l'attività svolta fino a quel momento e un'attività adeguata alle limitazioni. A questo rapporto il medico curante ha allegato il referto del 7 giugno 2023 del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e malattie reumatiche, il quale, su suo invito, ha visitato l'assicurato il 6 giugno 2023 per una valutazione reumatologica. La diagnosi posta dal curante, e riportata dallo specialista all'inizio del suo rapporto prima di esporre la sua valutazione, era di possibile long-Covid post-vaccinale stante allettamento per circa un mese con febbre e dolori diffusi articolari dopo la seconda vaccinazione ricevuta nel luglio 2021, dispnea al minimo sforzo, stanchezza ed esaurimento psico-fisico, dolori e debolezza agli arti superiori di origine non chiara. Il reumatologo ha poi esaminato di persona l'interessato (sistema locomotore) e si è espresso sugli esami di laboratorio eseguiti tre mesi prima dal dr. _____, ricordando che allora non erano emersi particolari valori patologici e quindi nessuna sindrome infiammatoria. Egli non ha inoltre ritenuto necessario

eseguire degli accertamenti radiologici. Nella sua valutazione lo specialista ha affermato che l'origine dei disturbi lamentati dall'assicurato era poco chiara e che all'esame clinico non ha rilevato alcuna patologia articolare di rilievo, ad eccezione di una minima dolenzia alla palpazione delle articolazioni IFP delle due mani; nessuna sinovite o tenosinovite, nessuna significativa artropatia degenerativa, la colonna vertebrale risultava essere ben mobile, senza segni per una radicolopatia, non sussistevano neppure diffusi dolori di carattere fibromialgico. Egli non ha perciò riscontrato alcuna patologia, dal profilo reumatologico, che potesse spiegare i disturbi/dolori lamentati dall'interessato, pertanto non gli ha prescritto alcun tipo di terapia. Ha però sottolineato come all'esame quest'ultimo si sia dimostrato estremamente poco sintomatico. Infine, in considerazione dei disturbi neurocognitivi e della debolezza con tremore nelle braccia, gli ha consigliato una valutazione neurologica ed eventualmente neuropsicologica. Il dr. med. _____, medico generico attivo presso il Servizio Medico Regionale, ha ripreso queste diagnosi nel rapporto finale del 16 giugno 2023 (doc. 17), indicando che nell'attività abituale di riparatore di barche e in attività adeguata l'assicurato andava ritenuto inabile al 100% dal 17 settembre 2021 (recte : 19 luglio, secondo quanto indicato dall'interessato nel formulario di richiesta delle prestazioni) al 6 giugno 2023. Raccolti i predetti rapporti medici e sentito il Servizio Medico Regionale, con progetto di decisione del 21 giugno 2023 (doc. 19) l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni, siccome un eventuale diritto sarebbe insorto sei mesi dopo l'inoltro della domanda di aprile 2023 e quindi dal 1° ottobre 2023, ma dal 7 giugno 2023 (dr. med. _____) non era più oggettivata un'inabilità lavorativa e perciò non sussisteva il diritto a una rendita. Sottoposte all'SMR le osservazioni dell'assicurato al progetto di decisione e la documentazione medica poi prodotta (doc. 22), il dr. med. _____ ha riportato le constatazioni oggettive rilevate dal dr. med. _____ della Clinica _____ di _____ (doc. 22) durante la visita del 24 maggio 2023, di cui ha riferito nel rapporto del 19 giugno 2023, e nelle annotazioni del 7 settembre 2023 (doc. 23) si è riconfermato nel suo rapporto finale. Con decisione dell'8 settembre 2023 (doc. 25) l'Ufficio assicurazione invalidità ha confermato il rifiuto della prestazione, ritenuto che poiché l'inabilità lavorativa iniziata il 17 settembre 2021 era terminata il 6 giugno 2023 e che un eventuale diritto a prestazioni poteva unicamente avvenire dopo sei mesi dalla domanda, al 1° ottobre 2023 non era più oggettivata un'inabilità lavorativa e quindi non sussisteva il diritto a una rendita. Poco più di un mese dopo, il 17 ottobre 2023 (doc. 29), il dr. med. _____ ha inviato all'Ufficio assicurazione invalidità un nuovo rapporto medico che ha allestito lo stesso giorno (doc. 29), unitamente ad altri tre referti di colleghi. Dal rapporto del medico curante risulta che la situazione medica antecedente e attuale del paziente era sempre di dolori articolari diffusi, stanchezza ed esaurimento psico-fisico, la diagnosi era di long-Covid post-vaccinale e di possibile sindrome da stanchezza cronica (Chronic fatigue syndrome), la prognosi era sfavorevole per ogni attività lavorativa, a quel momento l'assicurato non era in grado di svolgere nessuna attività (né la abituale né altre adeguate) a causa dell'estrema stanchezza e dei dolori diffusi multipli, motivo per cui non era esigibile né l'attività svolta in precedenza né altre attività adeguate, e l'importante astenia ne comprometteva pure l'integrazione. Egli ha infine indicato che " Questo rapporto è un aggiornamento del 13.6.23 " e ha allegato un referto di neurologia ed altri già in possesso dell'amministrazione. Oltre a un referto dell'ecocardiografia transtoracica eseguita dall'assicurato il 19 giugno 2023, allegata alla - implicita - nuova domanda di prestazioni, l'assicurato ha prodotto il referto del 19 giugno 2023 del dr. _____ della Clinica _____, già agli atti, e la lettera ambulatoriale del 9 agosto 2023 relativa alla visita del giorno precedente presso la Clinica

di neurologia dell'Ospedale _____ di _____ richiesta dal dr. _____.

Dall'anamnesi risulta che il paziente è stato sottoposto ad alcune valutazioni specialistiche (cardiologica, reumatologica, fisiatrica) che non hanno permesso di porre una chiara diagnosi, ma da cui era emerso il sospetto di sindrome della stanchezza cronica. Eseguito l'esame clinico, nella valutazione la dr.ssa med. _____ ha rilevato che l'interessato presentava un quadro di astenia, importante affaticabilità psico-fisica e difficoltà di concentrazione. La valutazione clinica non metteva in evidenza segni specifici, non è stato osservato durante la visita il tremore riportato dal paziente, che globalmente risultava nei limiti di norma. Gli accertamenti effettuati fino a quel momento non hanno evidenziato cause secondarie di astenia. Anamnesticamente e clinicamente non sono stati trovati pattern specifici per malattia neurologica. È stato proposto di effettuare una RM cerebrale e una valutazione neuropsicologica per identificare eventuali patologie specifiche. Per i disturbi del sonno è stata proposta l'assunzione di melatonina per regolarizzare il ciclo sonno-veglia, che però il paziente ha preferito non assumere. Il referto radiologico del 25 agosto 2023 indicava un normale esame RM morfologico dell'encefalo e del troncoencefalo, non anomalie delle principali arterie del circolo di Willis. Nelle annotazioni del 18 ottobre 2023 (doc. 30) l'SMR (dr. med. _____) ha ritenuto che questa documentazione non aggiungeva nuove diagnosi a uno stato clinico invariato rispetto a quanto valutato in precedenza e riportato nel rapporto finale del 16 giugno 2023. Pertanto, a suo dire non era giustificato entrare in materia. Stanti queste motivazioni, il progetto di decisione del 19 ottobre 2023 (doc. 31) ha confermato questa conclusione. Nelle sue osservazioni l'assicurato ha affermato che il medico SMR lavorava nella stessa clinica del dr. _____, il quale non sapeva cosa fosse la ME/CFS e voleva sottoporlo a una terapia contro il Covid-19 anche se era senza forze. Per questo medico il vaccino non ha creato problemi ed era impossibile che egli fosse affetto da ME/CFS, ciò che invece contrasta con quanto detto dagli specialisti. L'assicurato non era quindi concorde con il dr. _____, sia perché lavorava con il dr. _____, sia perché non era uno specialista, sia ancora perché ha ignorato tutti i commenti dei suoi medici e quindi la sua valutazione non era giustificata. Egli ha quindi chiesto una nuova valutazione del suo caso da parte di uno specialista in ME/CFS e da un esperto in effetti collaterali dei vaccini, essendo sempre stanco, si muoveva poco, non aveva più energie, tremava al minimo sforzo e aveva difficoltà a concentrarsi. Per il dr. med. _____, queste osservazioni non si riferivano ad aspetti di ordine medico né a una situazione clinica differente da quanto egli ha valutato in precedenza, ma a giudizi puramente interpretativi e personali dell'assicurato che, quindi, non modificavano le conclusioni del suo rapporto finale del 16 giugno 2023 (doc. 40). Con il ricorso inoltrato contro la decisione del 16 gennaio 2024, che ha confermato la non entrata in materia, l'assicurato ha trasmesso al TCA il postulato n. 23.3254 del 16 marzo 2023 della Consigliera nazionale Yvonne Feri sulla Encefalomielite mialgica/Sindrome della fatica cronica (ME/CFS) (doc. A14), i rapporti del 13 giugno 2023 (doc. A4) e del 17 ottobre 2023 (docc. A 6 e A12) del dr. _____ - già agli atti dell'Ufficio AI -, il referto del 7 giugno 2023 (docc. A3 e A11) del dr. med. _____ - già agli atti dell'amministrazione -, il referto dell'ecocardiografia (doc. A9) - già valutato dal Servizio Medico Regionale -, il certificato del 16 ottobre 2023 (doc. A8) del dr. med. _____, che ha certificato di essere il medico curante del ricorrente dal marzo 2023 e che per ragioni mediche quest'ultimo non è in grado di lavorare e che necessita di un veicolo per gli spostamenti, e i referti neurologico del 9 agosto 2023 e radiologico del 25 agosto 2023 (doc. A7) - entrambi già in possesso dell'Ufficio AI e già vagliati dall'SMR. Il dr. med.

_____ ha valutato il 7 marzo 2024 (doc. VII/1) questa documentazione, rilevando che " Il rapporto medico del 17.10.2023 a firma del Dr _____ recita come diagnosi Long Covid e tra i sintomi astenia, stanchezza, dolori diffusi multipli. Non individua nuove diagnosi od uno stato clinico diverso da quello valutato in precedenza e riportato nel RAF del 16.06.2023. Le condizioni clinico/funzionali dell'Assicurato sono rimaste invariate. ". Infine, pendente causa il ricorrente ha prodotto degli estratti, trascritti di persona, su informazioni che Swissmedic avrebbe fornito sulla sindrome post-vaccinazione (doc. B1), il Pacing (doc. B2), la sindrome post-Covid/post-vaccinazione (doc. B3). 2.5. Dall'esame della documentazione agli atti, questo Tribunale deve concludere che a torto l'Ufficio assicurazione invalidità non è entrato nel merito della nuova domanda di prestazioni implicitamente formulata il 17 ottobre 2023 dal dr. med. _____ con l'invio di (nuovi) atti medici. In effetti, le condizioni di salute del ricorrente sono mutate in maniera rilevante, come richiesto dall'art. 87 cpv. 2 OAI, dopo l'emanazione della decisione dell'8 settembre 2023. Non va infatti dimenticato che proprio il dottor _____ ha indicato chiaramente il 17 ottobre 2023 che, per quanto ha constatato durante la sua visita del 2 ottobre 2023, l'assicurato non era più in grado di lavorare, la sua capacità lavorativa sia nell'attività finora svolta sia in altre adeguate era pari a zero ore al giorno a causa dell'estrema stanchezza e dei dolori diffusi multipli. Il curante ha pertanto indicato che la prognosi sulla capacità lavorativa era sfavorevole per ogni attività lavorativa. Il 13 giugno 2023, dopo avere visitato l'interessato il 5 giugno 2023, il dr. _____ non era stato in grado di pronunciarsi né sulla prognosi né sul potenziale di integrazione dell'assicurato nell'attività precedente e in altre adeguate, ma aveva affermato che malgrado la stanchezza e i dolori articolari diffusi, che limitavano l'assicurato nell'attività lavorativa, quest'ultimo poteva comunque svolgere " un lavoro tranquillo, senza carichi pesanti ". Quattro mesi dopo, la situazione era peggiorata e nessuna attività lavorativa era più esigibile per il ricorrente. Prova ne è che lo stesso medico curante ha espressamente indicato, in calce al suo rapporto del 17 ottobre 2023 (doc. A12), che questo secondo referto costituiva " un aggiornamento del 13.6.23 ", intendendo, con questa terminologia, che c'era stato un peggioramento della situazione attestata al 13 giugno 2023 (come indicato, se, infatti, nel suo primo referto (doc. A4) aveva affermato che era possibile un " lavoro tranquillo, senza carichi pesanti ", nel secondo il dr. med. _____ ha precisato " al momento nessuno " e se il 13 giugno 2023 non era in grado di rispondere su quante ore al giorno RI 1 poteva lavorare, il 17 ottobre 2023 ha indicato " 0 ore al giorno "). Inoltre, va evidenziato che il 16 ottobre 2023 (doc. A8) lo specialista in medicina generale ha certificato che " per ragioni mediche [ndr: l'assicurato] non è in grado di lavorare e che necessita di un veicolo (ad esempio macchina) per gli spostamenti (per visite specialistiche in studio medico ad esempio)", avvalorando l'intervenuto peggioramento. Questi referti, attestanti un peggioramento della situazione del ricorrente, non potevano essere ignorati dall'Ufficio AI, ma dovevano condurre a un approfondimento delle sue condizioni di salute, sia interpellando il curante sia altri specialisti del ramo. D'altronde, il dr. _____ aveva riconosciuto nel suo rapporto finale del 16 giugno 2023 (doc. 17) che l'assicurato era stato inabile al lavoro per quasi due anni, dal 17 settembre 2021 (la data del "17.09.2021" è errata, dovendo invece trattarsi del "19.07.2021", giorno a partire dal quale è insorto il danno alla salute dell'assicurato, come risulta dalla domanda stessa di prestazioni dell'aprile 2023 compilata dal diretto interessato) al 6 giugno 2023 (quando il dr. _____ l'ha visitato). La scrivente Corte evidenzia inoltre che il referto della neurologa dr.ssa _____, così come quelli del reumatologo, del fisiatra della Clinica di _____ e del dr. med. _____ del 17 ottobre 2023,

attestano la presenza di determinati e non trascurabili disturbi (astenia, importante affaticabilità psico-fisica, difficoltà di concentrazione, alterazione del ciclo sonno-veglia, tremori fini posturali, artralgie diffuse) che secondo il medico curante, dr. _____, hanno compromesso la capacità lavorativa a tal punto da ritenere l'interessato totalmente inabile quando l'ha visitato il 2 ottobre 2023. Questi sintomi, e le relative conseguenze, peggiorative rispetto alla situazione riscontrata nel mese di giugno 2023 sia dal dr. _____ stesso sia dal dr. _____, non possono essere sottovalutati, ma devono essere approfonditi.

2.6. Quanto alle affermazioni dell'assicurato secondo cui sarebbe affetto dalla sindrome della fatica cronica (CFS) quale conseguenza della seconda vaccinazione contro il Covid-19 effettuata nel luglio 2021, il TCA rileva che tale possibile diagnosi è stata effettivamente posta dal dr. med. _____ nel rapporto medico del 17 ottobre 2023 indirizzato all'Ufficio AI ("possibile " chronic fatigue syndrome " (sindrome da stanchezza cronica)), il quale ha pure posto la diagnosi di long-Covid post-vaccinale e ha concluso che l e ripercussioni di queste diagnosi, fra cui l'estrema stanchezza e i dolori diffusi multipli, hanno portato l'assicurato a non essere più abile al lavoro (sul valore probatorio di un rapporto medico rilasciato dal medico curante, anche se non specialista in materia, e sulle conseguenze del Covid-19, quali la sindrome da fatica cronica e il long-Covid, cfr. STF 9C_63/2023 del 6 novembre 2023, consid. 5.1) . Al riguardo va rilevato che anche la dr.ssa med. _____ aveva posto la diagnosi di affaticabilità cronica DD in contesto di long-Covid. Clinicamente essa aveva infatti riscontrato affaticabilità, alterazione del ciclo sonno-veglia, tremori fini posturali, disturbi della concentrazione, artralgie diffuse.

2.7. Sulla scorta di quanto precede, in sede amministrativa - il Tribunale è tenuto a esaminare la validità della decisione di non entrata in materia basandosi unicamente sui documenti prodotti fino alla data in cui l'autorità amministrativa ha emesso la predetta decisione (STF 9C_555/2023 del 15 aprile 2024, consid. 4.2) - si deve ritenere che il ricorrente è riuscito a rendere plausibile un aggravamento del suo stato di salute intervenuto dopo l'ultima decisione che si è fondata su un esame materiale del diritto alle prestazioni dall'assicurazione invalidità. Vi sono pertanto sufficienti elementi oggettivi per scostarsi dalle considerazioni e dalle conclusioni che il Servizio Medico Regionale ha tratto nelle annotazioni del 18 ottobre 2023, dell'11 gennaio 2024 e del 7 marzo 2024 sulle condizioni di salute dell'assicurato. Va di conseguenza riconosciuta, ad ottobre 2023, una situazione clinica peggiore rispetto a quella accertata dai medici a giugno 2023 e anche tra giugno e agosto 2023 dagli specialisti che il ricorrente ha consultato in quel periodo (dr. med. _____, dr. med. _____, dr.ssa _____), perciò le considerazioni del dr. med. _____ non vanno fatte proprie dal Tribunale. Sulla scorta di queste considerazioni, per il TCA le affermazioni dell'insorgente su una sua peggiore situazione clinica in confronto a quella determinata dall'Ufficio AI vanno ulteriormente indagate entrando in materia sulla sua nuova domanda di prestazioni del 17 ottobre 2023. Gli atti vanno pertanto rinviati all'amministrazione per procedere in tal senso. Non v'è perciò motivo, in questa sede, di fare erigere la perizia richiesta dal ricorrente per accertare la situazione relativa alla fatica cronica e al long-Covid e le relative conseguenze sulla sua capacità lavorativa. Spetterà quindi all'amministrazione, nell'ambito di un esame più approfondito delle condizioni di salute del ricorrente, verificare queste ulteriori problematiche (citata STF 9C_63/2023 del 6 novembre 2023, consid. 5.1).

2.8. In conclusione, il TCA ritiene che l'insorgente ha reso verosimile che la situazione che è stata clinicamente accertata nell'ottobre 2023 al momento di inoltrare l'attuale domanda di prestazioni AI è notevolmente peggiorata rispetto alla situazione su cui si è basato l'Ufficio

AI con la decisione dell'8 settembre 2023, cresciuta in giudicato, che ha portato al rifiuto della prestazione. È pertanto a torto che l'amministrazione non è entrata nel merito della nuova richiesta di prestazioni dell'assicurato e la decisione impugnata del 16 gennaio 2024 deve dunque essere annullata. 2.9. L'art. 61 lett. a LPGGA prevede che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Giusta l'art. 61 lett. f bis LPGGA, in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI, 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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, le spese vanno addebitate all'Ufficio AI, il quale non verserà al ricorrente, malgrado sia vincente in causa, ma non è patrocinato, delle ripetibili (art. 61 lett. g LPGGA).

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