

## **TI\_GERICHTE 32.2024.41 vom 4. April 2024**

TI Tribunale d'appello, 2024-04-04, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2024.41](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.41)

FR: TI\_GERICHTE 32.2024.41 du 4 avril 2024

IT: TI\_GERICHTE 32.2024.41 del 4 aprile 2024

### **Erwägungen**

#### **E. 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 debba costantemente chinarsi su domande identiche e non motivate, quando la prestazione in causa è già stata rifiutata da una precedente decisione cresciuta in giudicato (DTF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b con riferimenti). 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, 117 V 198 consid. 4b, 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pp. 84ss). 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 LPG, 41 vLAI, art. 87ss. OAI; VSI 1999 p. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 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 è 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 (DTF 130 V 69 consid. 5.2.5). 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 p. 269 consid. 1a); sul punto cfr. anche DTF 130 V 64 consid. 3, 117 V 198 consid. 4b; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pp. 84ss). Nell'ambito dell'art. 87 cpv. 3 e 2 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 marzo 2015 consid. 4.2, 8C\_716/2011 del 5 gennaio 2012 consid. 2.2 e 2.3 e la giurisprudenza ivi citata; SVR 2002 IV Nr. 10 consid 1c/aa con riferimenti, vedi pure STF 9C\_688/2007 del 22 gennaio 2008 e STF I 55/07 del 26 novembre 2007). Più la precedente decisione è distante nel tempo, meno esigenze sono poste alla verosimiglianza del rilevante cambiamento (STFA I 619/04 del 10 febbraio 2005, consid. 3). Più la precedente decisione è distante nel tempo, meno esigenze sono poste alla verosimiglianza ex art. 87 cpv. 2 e 3 OAI del rilevante cambiamento; 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, l'amministrazione dispone di un certo potere di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare ( DTF 109 V 114 consid. 2b, 123 consid. 3b e 264 consid. 3; STFA I 619/04 del 10 febbraio 2005, consid. 3.1; STF 8C\_716/2011 del 5 gennaio 2012 consid. 2.3.; v. anche SVR 2003 IV n. 25 pag. 76 ).

2.4. Nel caso che ci occupa, in primo luogo il ricorrente rileva che con decisione 16 settembre 2022 l'Ufficio AI lo aveva ritenuto abile al 100% in attività adeguate, mentre nel rapporto 30 novembre 2021 (recte: 12 dicembre 2021) il medico curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, aveva attestato un'incapacità del 50% anche in attività leggere (doc. 73). Ammette di non aver impugnato la decisione, ma sostiene che la succitata valutazione del medico curante non può essere ignorata nell'ambito del presente giudizio. Al riguardo va innanzitutto fatto presente che la succitata decisione è cresciuta in giudicato. Inoltre va detto che a quanto sostenuto dall'assicurato, ossia che occorre tenere conto di quanto valutato nel dicembre 2021 dal medico curante, non può essere dato seguito. Infatti, con annotazione 8 giugno 2022, posta alla base della decisione 16 settembre 2022, il dr. med. \_\_\_\_\_ del SMR aveva ritenuto la situazione medica invariata confermando pertanto la sua precedente annotazione dell'11 febbraio 2020 con la quale aveva ritenuto l'assicurato pienamente abile in attività adeguate (doc. 81). L'Ufficio AI si è quindi scostato dal rapporto del medico curante, ciò che, appunto, non è stato oggetto di ricorso.

2.5. Occorre ora esaminare se l'assicurato ha perlomeno reso verosimile un cambiamento dello stato valetudinario rispetto alla precedente decisione 16 settembre 2022 con la quale l'Ufficio AI aveva respinto la domanda di prestazioni, ritenendo l'aspetto clinico invariato rispetto alla precedente decisione del 2 giugno 2020, confermando l'abilità al 50% nell'abituale attività, ma piena in attività leggere adeguate. Ora, dall'esame della documentazione prodotta dall'insorgente questo TCA ritiene che l'Ufficio AI rettamente non è entrato nel merito dalla nuova (quarta) domanda di prestazioni. Questo per i seguenti motivi. Nell'ambito della seconda richiesta di rendita, sfociata con la decisione di reiezione del 2 giugno 2020, l'Ufficio AI si era fondato sul rapporto 11 febbraio 2020 del SMR, il cui dr. \_\_\_\_\_, sulla base degli atti medici raccolti, aveva diagnosticato una claudicatio spinalis con/su stenosi del canale recessuale bilaterale a livello di L4-L5, ritenendo l'assicurato inabile al 50% nella ultima abituale attività di pizzaiolo/cameriere, ma pienamente abile in attività adeguate (doc. 53). Con le già citate annotazioni

## **E. 8**

giugno 2022, poste a fondamento della decisione 16 settembre 2022 di reiezione della domanda di rendita, il SMR aveva valutato la nuova documentazione medica prodotta dall'assicurato concludendo che “ la situazione clinico-funzionale dell'Assicurato appare imm modificata, non vengono riportate nuove diagnosi e la situazione clinica rimane

sovrapponibile a quella già nota. L'Assicurato non si è fino ad ora sottoposto ad un intervento neurochirurgico di decompressione, trattamento questo che potrebbe migliorare le condizioni funzionali in seno alla marcia ed alla sintomatologia algica, pertanto la nuova documentazione aggiornata agli atti non modifica le conclusioni del precedente RAF" (pag. 288 inc. AI). A seguito della quarta domanda di prestazioni, l'assicurato ha in particolare prodotto i seguenti atti medici: · rapporto 21 dicembre 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in Neurochirurgia Cranica e Spinale. Diagnosticata una sindrome di claudicatio spinalis su stenosi del canale L4-L5, ha fatto presente, quale anamnesi, che: "si tratta di un paziente di 54 anni che presenta da almeno 5 anni una sindrome di claudicatio spinalis molto chiara con lento peggioramento della sintomatologia. Il suo perimetro di marcia è compreso tra 50 e 100 mt per il momento e ha notato questi ultimi anni un lento peggioramento. Prende un trattamento antalgico e antinfiammatorio senza nessun effetto. Ha già fatto nel 2019 delle infiltrazioni epidurali senza nessun miglioramento a lungo termine" (pag. 355 doc. AI). Dall'esame neurologico è risultata un'assenza di deficit motorio o sensitivo agli arti inferiori, segno di Lasègue positivo dei due lati e riflessi ipovivi simmetrici. Inoltre, lo specialista in neurochirurgia ha proposto all'assicurato un intervento di decompressione del canale al livello L4-L5, su cui il paziente voleva ancora riflettere; · rapporto 14 dicembre 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna. Quale dato d'anamnesi egli ha indicato che il paziente da 500 metri deambula ora a 100 metri scarsi con cedimento in ambedue agli arti inferiori sinistri (pag. 357 inc. AI); · referto radiologico 8 gennaio 2024 dr. med. \_\_\_\_\_ dell'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, attestante una stenosi del canale più critica al passaggio L4-L5 in progressione rispetto al 2019 (pag. 354 inc. AI); · rapporto 8 febbraio 2024 del dr. med. \_\_\_\_\_. Quali diagnosi egli ha posto una sindrome lombovertebrale, una stenosi canale spinale L4-5 e una spondilartrosi L4-5 bilaterale. Ha in particolare valutato che "trattasi di un paziente che presenta importati limitazioni alla deambulazione per nota stenosi del canale spinale". Lo specialista ha fra l'altro confermato l'indicazione chirurgica già proposta e un approccio con endoscopia (pag. 364 inc. AI). Orbene, questo Giudice non intravede motivi per scostarsi dalla valutazione del medico SMR che, con annotazioni 14 dicembre 2023 (doc. 91), 4 gennaio 2024 (doc. 99) e 3 aprile 2024 (doc. 103), ritiene la summenzionata documentazione medica sovrapponibile a quella prodotta nell'ambito della precedente procedura sfociata nella decisione del 16 settembre 2022. Difatti, la diagnosi è rimasta invariata come pure in sostanza l'aspetto clinico. Certo, i sanitari hanno rimarcato un lento peggioramento e la deambulazione si è ridotta da 500 metri a 100 e 50 metri. Tuttavia va ricordato che, secondo la giurisprudenza (consid. 2.3), per entrare nel merito di una nuova domanda di prestazioni l'assicurato deve rendere verosimile una rilevante modifica dello stato di salute suscettibile di influenzare il diritto alle prestazioni, ciò che pertinentemente il SMR ha escluso. Ne consegue che, richiamato l'art. 87 cpv. 2 OAI e la giurisprudenza sopra indicata (cfr. supra consid. 2.3.), a ragione l'Ufficio AI, sulla scorta delle annotazioni dei medici SMR non è entrato nel merito della domanda di prestazioni. 2.6. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma mentre il ricorso va respinto. 2.7. 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 fbis 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, le spese di fr. 500 sono poste a carico dell'insorgente.

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