

# **TI\_GERICHTE 32.2024.97 vom 2. Dezember 2024**

TI Tribunale d'appello, 2024-12-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2024.97](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.97)

FR: TI\_GERICHTE 32.2024.97 du 2 décembre 2024

IT: TI\_GERICHTE 32.2024.97 del 2 dicembre 2024

## **Erwägungen**

### **E. 2**

dicembre 2024 l'Ufficio AI ha confermato la non entrata in materia sulla nuova richiesta di prestazioni, precisando che nell'annotazione redatta in data 22 ottobre 2024 dal Servizio medico regionale (SMR) sono indicate le motivazioni di tale conclusione (doc. 90). 1.5. Con tempestivo ricorso del 23 dicembre 2024 l'assicurato ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'Ufficio AI affinché ordini una valutazione maggiormente approfondita. Sostanzialmente l'insorgente ha considerato che l'amministrazione abbia "frettolosamente" ritenuto non rilevante la - a suo modo di vedere - cospicua documentazione medica presentata a supporto della sua nuova domanda di prestazioni. Egli ha quindi concluso che i referti specialistici prodotti, attestanti il peggioramento delle sue condizioni di salute, non avrebbero dovuto essere "sbrigativamente liquidati" dall'Ufficio AI (doc. I). 1.6. Con la risposta di causa l'Ufficio AI ha confermato la correttezza della propria decisione, con argomenti di cui si dirà, per quanto di interesse, nei considerandi in diritto (doc. IV). 1.7. Con scritto del 20 gennaio 2025 l'insorgente ha comunicato al TCA di non avere ulteriori mezzi di prova da presentare, aggiungendo che "comunque, sulla base degli stessi documenti medici già agli atti, mi riconfermo in toto nell'atto ricorsuale" (cfr. doc. VI). Queste considerazioni dell'assicurato sono state trasmesse all'amministrazione (cfr. doc. VII), per conoscenza. considerato in diritto

### **E. 2.1**

L'oggetto del contendere deve essere limitato alla questione di sapere se a ragione l'Ufficio AI non è entrato nel merito della nuova domanda di prestazioni. Infatti, 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 – ciò che non corrisponde al caso in esame – 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). 2.2. 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 LPG, 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 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 LPG), 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

### **E. 2.3**

In occasione della prima domanda di prestazioni del luglio 2017, conclusasi con la decisione del 24 gennaio 2019, cresciuta, incontestata, l'Ufficio AI ha rifiutato di riconoscere all'assicurato il diritto a prestazioni, ritenendo che nello svolgimento di attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali, esigibili dal profilo medico al 100%, egli presentasse un grado di invalidità del 21%, insufficiente per ottenere il diritto ad una rendita di invalidità. Tale decisione si fondava, dal profilo medico, sul rapporto finale SMR del 14 marzo 2018 del dr. \_\_\_\_\_ del SMR, il quale, poste le diagnosi principali con influsso sulla capacità lavorativa di "gonartrosi dx/sx; lombalgia L5/S1" e le diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa di "esiti di contusione lombare; lombosciatalgia", aveva considerato l'assicurato ancora abile al lavoro al 100% in attività adatte, osservando che "le conseguenze del sinistro del 15 giugno 2008 non possono aver precluso lo svolgimento di un'attività al 100%" (doc. 29). Nell'ambito dell'ulteriore domanda di prestazioni presentata del mese di novembre 2021, poi sfociata nella decisione del 26 aprile 2023, l'Ufficio AI aveva nuovamente rifiutato il diritto a prestazioni, considerando che lo stato di salute dell'interessato fosse rimasto invariato rispetto alla precedente decisione del 24 gennaio 2019, con conseguente medesima perdita di guadagno e analogo grado di invalidità (cfr. doc. 70). Dal profilo medico tale decisione si basava sulla valutazione del dr. \_\_\_\_\_ del SMR, il quale con annotazione del 25 agosto 2022 aveva ritenuto che "la condizione funzionale dell'assicurato è rimasta invariata rispetto al RAF del marzo 2018. Come certificato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ sono ancora attuali le IL 50% in attività abituale (4 ore); 0% in attività adeguata (8 ore per lavori leggeri, svolti da seduto)" (doc. 63). Tale decisione era stata confermata da questo Tribunale con STCA 32.2023.57 dell'11 settembre 2023, cresciuta incontestata in giudicato (cfr. doc. 76).

### **E. 2.4**

Nell'ambito della nuova domanda, oggetto della decisione qui in esame, l'assicurato ha trasmesso all'Ufficio AI il certificato del 17 settembre 2024 della propria curante, dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina generale, la quale ha fornito un elenco delle "patologie occorse negli ultimi due anni" all'interessato, corredata dalla descrizione della terapia in atto. A tale referto, nel quale non vi è alcuna menzione inerente al tema dell'(in)abilità lavorativa, ella ha allegato copia delle valutazioni specialistiche e dei più recenti esami eseguiti (cfr. doc. 82). Tali allegati consistono nei referti del 28 dicembre 2023 e del 9 febbraio 2024 del dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in cardiologia; nel referto radiologico TAC cuore dell'8 febbraio 2024; nei referti delle visite del 19 dicembre 2023 e del 18 gennaio 2024 del dr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_; nel referto dell'elettroencefalogramma del 5 dicembre 2023 del dr. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia; nei risultati di laboratorio del mese di novembre 2023; nel referto della RM colonna lombare del 1° dicembre 2023 (cfr. allegati al doc. 82). Il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, dopo avere analizzato tutta la documentazione medica prodotta, con annotazione/risposta SMR del 22 ottobre 2024 ha ritenuto che gli aspetti cardiologici, quelli neurologici e le ulteriori diagnosi senza ricaduta sulla capacità lavorativa non siano tali da

giustificare un'entrata in materia (cfr. doc. 84). Egli ha infatti indicato che: " Diagnosi: - Cardiopatia ipertensiva con lesioni coronariche inferiori al 50% - Obesità (BMI 36.92) - Dislipidemia in trattamento - reflusso gastrico - Ipotiroidismo in trattamento sostitutivo - Ernia discale paramediana e intraforaminale sinistra a livello L5-S1, per il momento trattata conservativamente con infiltrazione - Gonartrosi bilaterale già nota - Sindrome del dolore cronico Valutazione cardiologica del dr. \_\_\_\_\_ 28.12.2023 CONCLUSIONE Paziente in buone condizioni generali, noto iperteso. Nega sintomi suggestivi per un'origine cardiologica. L'ECG non evidenzia particolarità. L'ECOTT documenta un ventricolo sinistro ipertrofico e con normale funzione sistolica in assenza di valvopatie. Il test ergometrico è risultato sottomassimale non valutabile per ischemia miocardica. Coro-TAC: 08.02.2024: lesioni non significative a carico dei 3 vasi coronarici Per gli aspetti cardiologici non è giustificata l'entrata in materia

----- RM colonna lombare del 01.12.2023 Discopatia L5-S1 con ernia discale preforaminale – intraforaminale sinistra, a contatto con le radici L5 e S1 omolaterali Artropatia faccettaria L4-L5 e meno evidente L5-S1 ESAME OBIETTIVO: valutazione dr. med. \_\_\_\_\_ del 18.01.2024 Rachide lombare: motilità attiva/passiva del rachide lombare in flesso-estensione, rotazione e bending laterale nella norma. Test di Schoeber 10-12 cm. La palpazione della muscolatura non è dolente/contratta. La palpazione degli spazi interspinosi non è dolente. Palpazione profonda in corrispondenza delle proiezioni delle faccette articolari non dolente. Motilità delle anche libera in intra e extrarotazione, test di Lasègue diretto ed inverso negativo, riflessi osteotendinei normovivaci, non ipoestesi, non grossolani deficit di forza al testing muscolare. Deambulazione fluida, Dyck's stoop test negativo, marcia sulle punte e sui calcagni possibile. VALUTAZIONE: riferisce di stare ancora bene, deambulazione senza problemi anche per lunghi tratti. Non ulteriori indicazioni al momento. Per gli aspetti neurologici non è giustificata l'entrata in materia

----- Ulteriori diagnosi: senza ricaduta sulla CL - Obesità (BMI 36.92) - Dislipidemia in trattamento - reflusso gastrico - Ipotiroidismo in trattamento sostitutivo - Gonartrosi bilaterale già nota - Sindrome del dolore cronico Non si ritiene giustificato procedere con l'entrata in materia." (Doc. 84) 2.5. Chiamato a pronunciarsi, il TCA concorda con la valutazione del medico del SMR. Il tenore della documentazione prodotta dall'assicurato non può in effetti essere considerato tale da attestare validamente e in maniera motivata una (verosimile) rilevante modifica della situazione accertata nell'ambito della precedente procedura. La curante, dr.ssa \_\_\_\_\_, si è infatti limitata a fornire un aggiornamento dei disturbi dell'assicurato, elencando una serie di patologie che lo hanno interessato nel corso degli ultimi due anni, e gli approfondimenti che ne sono derivati, senza mai esprimersi in merito alla capacità lavorativa. Anche i referti del dr. \_\_\_\_\_ non pongono particolari indicazioni, ma riferiscono gli esiti (positivi) degli accertamenti messi in atto, escludendo la presenza di lesioni significative a carico dei tre vasi coronarici. Parimenti non sono state rilevate problematiche particolari da parte del dr. \_\_\_\_\_, né da parte del dr. \_\_\_\_\_, i quali non hanno difatti previsto di rivedere l'assicurato. Da tali referti non si evince, dunque, un peggioramento dello stato di salute, ma unicamente un aggiornamento dello stesso. Inoltre, gli stessi non si esprimono sulla conseguenza di tali patologie sulla capacità lavorativa, ciò che pure rende inverosimile un peggioramento. Stante quanto precede, secondo questo Tribunale l'Ufficio AI, a ragione, non è entrato nel merito della domanda del ricorrente. Infatti l'insorgente, chiamato a dimostrare in sede amministrativa

che - rispetto all'ultima decisione del 26 aprile 2023, confermata con STCA 32.2023.57 dell'11 settembre 2023, cresciuta incontestata in giudicato - vi sia stato un peggioramento del suo stato di salute, non ha reso verosimile una rilevante modifica della sua situazione valetudinaria con incidenza sulla sua capacità lavorativa in attività adatta al suo stato di salute. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.6. L'art. 61 lett. a LPGA prevede che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola, pubblica. Giusta l'art. 61 lett. f bis LPGA, 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 CHF 200 e CHF 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 per fr. 500 sono poste a carico dell'assicurato ricorrente.

#### **E. 4**

OAI ( STFA I 619/04 del 10 febbraio 2005, consid. 3).

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