TI_GERICHTE 32.2015.64 vom 23. März 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-03-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.64

FR: TI_GERICHTE 32.2015.64 du 23 mars 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.64 del 23 marzo 2015

Regeste

Nuova domanda di prestazioni. A ragione l'UAI non é entrato nel merito non avendo l'A. reso verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute. Ricorso ritenuto manifestamente privo di possibilità di esito favorevole. Anche se beneficia dell'assistenza sociale, spese procedurali a suo carico

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 05.02.2016 32.2015.64 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 05.02.2016 32.2015.64 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 05.02.2016 32.2015.64

Nuova domanda di prestazioni. A ragione l'UAI non é entrato nel merito non avendo l'A. reso verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute. Ricorso ritenuto manifestamente privo di possibilità di esito favorevole. Anche se beneficia dell'assistenza sociale, spese procedurali a suo carico

Raccomandata Incarto n. 32.2015.64 FS Lugano 5 febbraio 2016 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Francesco Storni , vicecancelliere segretario: Gianluca Menghetti statuendo sul ricorso del 21 aprile 2015 di RI 1 contro la decisione del 23 marzo 2015 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto in fatto 1.1. Con decisione 15 aprile 2010 – rilevato che “(…) dalla documentazione acquisita all’incarto, con particolare riferimento all’inchiesta esperita a domicilio, risulta un impedimento del 23% nello svolgimento delle abituali mansioni richiesta nella conduzione dell’economia domestica (…)” (doc. AI 33/1) – l’Ufficio AI ha negato a RI 1, nata nel 1967, il diritto ad una rendita essendo il grado d’invalidità non pensionabile (doc. AI 33/1-2). In esito al ricorso del 17 giugno 2010, inoltrato dall’assicurata (allora rappresentata dall’avv. _____) contro la decisione del 15 aprile 2010 (doc. AI 36/3), questo Tribunale – appurata l’applicabilità del metodo specifico per calcolare il grado d’invalidità essendo l’assicurata casalinga al 100% e viste le risultanze dell’inchiesta economica per le persone che si occupano dell’economia domestica del 9 dicembre 2009 (doc. AI 27/1-7) – , con la STCA 32.2010.171 del 21 gennaio 2011, cresciuta incontestata in giudicato (doc. AI 49/1-15), lo ha respinto confermando il diniego a prestazioni. 1.2. Nel mese di febbraio 2015 l’assicurata ha inoltrato una nuova domanda di prestazioni (doc. AI 52/1-6). 1.3. Con decisione 23 marzo 2015, preavvisata l’11 febbraio 2015 (doc. AI 55/1-2), l’Ufficio AI – evidenziato che “(…) il Dr. _____, con certificato del 29.01.2015, sostiene che lo stato di salute non sia cambiato rispetto al passato. (…)” (doc. AI 57/1) – non è entrato nel merito della nuova domanda non avendo la richiedente credibilmente dimostrato che dopo l’emissione della precedente decisione le circostanze oggettive hanno subìto una modifica rilevante (doc. AI 57/1-2). 1.4. Contro la

decisione del 23 marzo 2015 l’assicurata ha interposto il presente ricorso con il quale – osservato che “(…) “Il morbo di Bechet” è una malattia cronica, che con un minimo sforzo, anche nei lavori quotidiani casalinghi mi causa dolori muscolari e nelle articolazioni molti intensi, e solo grazie all’aiuto di mio marito e la mia famiglia riesco ad evitare questi sforzi. (…)” (I) – ha chiesto di rivalutare il suo caso e prodotto il rapporto 16 aprile 2015 del dr. _____. 1.5. Con la risposta di causa – vista l’annotazione del SMR 28 aprile 2015 nella quale il dr. _____, a cui è stato sottoposto il rapporto 16 aprile 2015 del dr. _____, ha espresso la seguente valutazione: “(…) dall’attuale rapporto del dr. _____ non risulta una modifica dello stato di salute rispetto alla decisione precedente. Già nel 2009 il dr. _____ attestava una IL del 50%. Il grado AI del 23% riconosciuto nella decisione del 2010 si basava su inchiesta casalinghe e aveva debitamente tenuto conto degli impedimenti funzionali attestati. (…)” (IV/1) – l’Ufficio AI ha chiesto di respingere il ricorso. 1.6. Con scritto 18 maggio 2015 l’insorgente ha comunicato al TCA di aver discusso con il dr. _____ (che a sua volta avrebbe contattato l’Ufficio AI) che le ha consigliato di chiedere una copia del rapporto dell’inchiesta economica per le persone che si occupano dell’economia domestica del 9 dicembre 2009 e ribadito la necessità di una nuova valutazione visto che da allora lo stato di salute è cambiato (IV). L’amministrazione, invitata a presentare osservazioni scritte al riguardo (VII), con scritto del 22 maggio 2015 ha osservato come “(…) l’assicurata non apporti alcun nuovo elemento oggettivo a conferma della modifica della situazione medica o economica rispetto alla precedente valutazione. (…)” (VIII). considerato in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di princi-pio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell’istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 LOG (STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015; 8C_855/2010 dell’11 luglio 2011; 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se a ragione l’Ufficio AI non è entrato nel merito della nuova domanda di prestazioni pre-sentata dall’assicurata nel febbraio 2015. 2.3. Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI, fino al 31 dicembre 2011 cpv. 3 e 4 OAI). Il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA; dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), nella DTF 133 V 263, chiamato 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. 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 64 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, Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 2003, pagg. 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, art. 41 vLAI, art. 87segg. OAI; Pratique VSI 1999 pag. 84; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, 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). 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 (DTF 130 V 64 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 pag. 269 consid. 1a). La giurisprudenza sopra menzionata va applicata anche do-po l'entrata in vigore della LPGA il 1° gennaio 2003, il nuovo tenore dell'art. 87 OAI valido dal 1° marzo 2004 (STF I 630/06 del 20 giugno 2007, consid. 3 con riferimenti; DTF 130 V 343 consid. 3.5) e l'entrata in vigore il 1. gennaio 2012 dei cpv. 2 e 3 dell'art. 87 OAI corrispondenti ai precedenti cpv. 3 e 4 dello stesso articolo. 2.4. Nell'ambito dell'art. 87 cpv. 2 e 3 OAI è sufficiente rendere verosimile un rilevante cambiamento e non è richiesta la pro-va 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 in-dizi 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; STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012; STF 9C_667/2010 del 28 aprile 2011, STF 9C_688/2007 del 22 gennaio 2008 tutte con riferimenti). 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 ("(…) Aus dem Normzweck ergibt sich, dass die Verwaltung u.a. zu berücksichtigen hat, ob die frühere Verfü-gung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen sind (BGE 109 V 114 Erw. 2b, 123 Erw. 3b und 264 Erw. 3, je mit Hinweisen) (…)", riportato nella STFA I 619/04 del 10 febbraio 2005, consid. 3). 2.5. Nel caso in esame occorre ricordare che la decisione del 15 aprile 2010 (confermata con STCA 32.2010.171 del 21 gennaio 2011; cfr. consid. 1.1) si fondava sul rapporto medico 17 settembre 2009 e l'annotazione 8 aprile 2010 del medico SMR dr. _____ (doc. AI 24/1-2 e 32/1) e sull'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 9 dicembre 2009 (doc. AI 27/1-7). Questo Tribunale, nella succitata STCA 32.2010.171 del 21 gennaio 2011 – ritenuta l'assicurata quale casalinga al 100% e osservato che: " (…) Per valutare la capacità quale casalinga – vista la raccomandazione 17 settembre

2009 (doc. AI 25/1-2) nella quale il dr. _____, sulla base dei rapporti medici 2 marzo e 25 maggio 2009 della dr.ssa _____ e del dr. _____ (doc. AI 19/1-4 e 22/2-6), si è così espresso: “(…) per questa Assicurata quasi 42.enne, casalinga madre di 4 figlie (nate dal 1987 al 2000), di origine _____, in CH dal 1998 la IL come casalinga è da valutare con un’inchiesta tenendo conto dei compiti e delle possibilità di aiuto da parte dei famigliari (2 figlie di 21 e 18 anni, oltre che il marito). Dal punto di vista medico è giustificata una certa astenia e maggiore affaticabilità, i dolori articolari non sono descritti in maniera circostanziata dai medici curanti, concernono i polsi e anche i piedi (erano state fatte richieste per plantari) e possono ridurre la CL per lavori pesanti-medi con le mani (lentezza nell’esecuzione, interruzioni più frequenti). Le afte orali possono ridurre la possibilità di mangiare quando sono particolarmente attive. (…)” (doc. AI 25/2) – l’Ufficio AI ha fatto esperire un’inchiesta economica per le persone che si occupano dell’economia domestica il 9 dicembre 2009 (doc. AI 27/1-7). Sulla base degli accertamenti fatti presso il domicilio dell’assicurata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione, l'assistente sociale ha stabilito una limitazione complessiva del 23% (doc. AI 27/6). Valutando i singoli impedimenti, con motivazioni pertinenti, la responsabile ha tenuto conto delle dichiarazioni dell’assicurata in merito alle limitazioni ad eseguire talune mansioni domestiche. Considerato che l’insorgente non ha formulato valide contestazioni – l’avv. _____ non ha contestato puntualmente le conclusioni dell’inchiesta economica limitandosi invero ad osservare che “(…) per lo svolgimento di tale attività (ndr.: si riferisce all’attività di casalinga), la ricorrente beneficia del fondamentale aiuto e sostegno dei suoi famigliari. Pertanto il risultato ottenuto (inabilità al 23%), non è da considerarsi corrispondente alla realtà. (…)” (XIII) e ricordato che in linea di massima e senza valide ragioni non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati, il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste (AHI-Praxis 1997 pag. 291 consid. 4a; ZAK 1986 pag. 235 consid. 2d; RCC 1984 pag. 143, consid. 5; STFA I 102/00 del 22 agosto 2001, consid. 4) – alla valutazione dell’assistente sociale va prestata piena adesione, ritenuto in particolare come essa abbia compiutamente valutato le difficoltà e l’esigibilità di ogni singola mansione. Va inoltre rilevato che nell’inchiesta economica in questione è stata correttamente stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alla cifra marginale 3095 CII, attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica. Conforme alla giurisprudenza (DTF 130 V 97, STF I 126/07 del 6 agosto 2007) è del resto anche la presa in considerazione della ripartizione dei compiti all’interno della famiglia e quindi della collaborazione fornita nella gestione dell’economia domestica da parte dei familiari. (…)" (doc. AI 49/10-11) ha concluso che: " (…) Appurata l’applicabilità del metodo specifico per il calcolo dell’invalidità (cfr. consid. 2.8), confermata la valutazione espressa dalla consulente nell’inchie-sta economica (cfr. consid. 2.9) e ritenuto che, anche se preannunciato (VIII e allegato doc. B e XIII), l’assicurata non ha mai fatto pervenire al TCA ulteriore documentazione medica nella quale il dr. _____ si è espresso sulla capacità lavorativa – va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall’altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare –

ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti) – , questo Tribunale deve pertanto concludere che a ragione l'Ufficio AI ha ritenuto un grado d'invalidità del 23% e quindi negato il diritto alla rendita (cfr. consid. 2.4 e 2.5). (…)" (doc. AI 49/11-12) 2.6. Alla nuova domanda di prestazioni del 6 febbraio 2015 (cfr. consid. 1.2) l'assicurata ha allegato il certificato medico del 29 gennaio 2015 nel quale il dr. _____, FMH in medicina interna – immunologia clinica e allergologia, ha attestato che "(… il medico sottoscritto conferma che la paziente succitata soffre sempre di una grave malattia disimmunitaria e che il suo stato di salute non è cambiato rispetto al passato. (…)" (doc. AI 53/1). Con il ricorso l'insorgente ha prodotto il rapporto 16 aprile 2015 del dr. _____ del seguente tenore: " Egregi Signori, la paziente succitata soffre di un Morbo di Behqet che si manifesta con un problema di aftosi orale ricorrente principaimente orali, meno frequentemente vaginaili, ed episodi di aftosi del tratto gastro intestinale (confermati da esami gastro e colonoscopici) che si manifestano con marcati dolori addominali. La paziente soffre inoltre di frequenti episodi di artralgie predominanti alle grandi articolazioni soprattutto sotto sforzo. La sig.ra RI 1 ha avuto inoltre per periodi dolori mialgici ed un marcato stato astenico che potrebbero rientrare nell'ambito di una sindrome fibromialgica secondaria. La paziente mi ha segnalato di avere inoltrato ricorso contro la decisione di ritenerla abile al 100%. Personalmente ritengo che la paziente vada considerata inabilità [ndr. recte: inabile] al 50%. Mi chiedo pertanto se non vada prevista una valutazione peritale specialistica da parte vostra per stabilire il suo grado di abilità lavorativa. (…)" (doc. A/2) Va qui fatto presente che il TF, nella STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012, confermando il giudizio di questo Tribunale, ha ritenuto corretto non entrare in materia ad una nuova domanda visto il parere del medico SMR stante il quale il medico curante non aveva posto alcuna diagnosi, non aveva documentato lo stato clinico della sua paziente e nemmeno aveva allegato documentazione specialistica né alcun referto relativo ad esami strumentali. In quell'evenienza l'Alta Corte ha concluso che "(…) questo accertamento non è certamente manifestamente inesatto né viola il diritto federale. Nello stringato scritto del 27 ottobre 2010, il medico curante non pone alcuna diagnosi né documenta lo stato clinico della paziente. Egli non allega documentazione specialistica né alcun referto relativo ad esami strumentali. Nel documento in questione non viene pertanto oggettivato alcun elemento che deponga per un peggioramento durevole dello stato di salute dell'insorgen-te. (…)" (STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012, consid. 3.4). In concreto, conformemente alla succitata giurisprudenza – ritenuto da una parte che il dr. _____, nel rapporto del 16 aprile 2016 (fatto salvo l'assunto secondo il quale i dolori mialgici ed il marcato stato astenico "(…) potrebbero rientrare nell'ambito di una sindrome fibromialgica secondaria (…)" (doc. A/2)) , non ha posto delle diagnosi nuove, non ha documentato lo stato clinico della sua paziente, non ha allegato documentazione specialistica né alcun referto relativo ad esami strumentali e ha attestato la medesima incapacità lavorativa del 50% già indicata nei rapporti del 25 settembre 2009 e del 26 gennaio 2010 (cfr. doc. AI 21/1-6 e 30/1) e, d'altra parte, che lo stesso sanitario, nel certificato medico del 29 gennaio 2015, ha attestato uno stato di salute immutato (cfr. doc. AI 53/1) – questo Tribunale deve concludere che l'insor-gente non ha reso verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute. In questo senso anche il dr. _____, avuto riguardo al rapporto del 16 aprile 2015 del dr. _____, nell'annotazione del 28 aprile 2015, ha concluso che "(…) dall'attuale rapporto del dr. _____ non risulta una modifica dello stato di salute

rispetto alla decisione precedente. Già nel 2009 il dr. _____ attestava una IL del 50%. Il grado AI del 23% riconosciuto nella decisione del 2010 si basava su inchiesta casalinghe e aveva debitamente tenuto conto degli impedimenti funzionali attestati. (…)" (IV/1). 2.7. Con il ricorso l'insorgente ha eccepito che "(…) quando ho contattato l'ufficio per chiedere il modulo, la signora che mi ha risposto mi ha spiegato che per aprire un caso ho bisogno di un breve rapporto scritto dal medico, e più tardi il vostro ufficio invierà una lettera a lui per chiedere dettagli del caso. Questo è ciò che ho fatto. Mi sorprende che la vostra decisione è negativa basata solamente sul breve rapporto che avevo inoltrato solo per aprire il caso, esso indicava che non sono migliorata né guarita. In realtà quello che mi aspettavo era uno studio più approfondito sul mio caso, chiedendo maggiori informazioni al mio medico e magari chiedere a una commissione che stabilisce il mio grado di abilità lavorativa. (…)" (I). Al riguardo questo Tribunale rileva quanto segue. Innanzitutto va rilevato che – ancorché già nel progetto di decisione dell'11 febbraio 2015 l'Ufficio AI aveva evidenziato da una parte che secondo l'art. 87 OAI nel caso di una nuova domanda un nuovo esame è possibile se è dimostrato che le circostanze che danno diritto a presatazioni sono cambiate in misura rilevante e, dall'altra parte, che il dr. _____ nel certificato 29 gennaio 2015 ha attestato uno stato di salute immutato rispetto al passato (cfr. doc. 55/1-2) – l'insorgente, anche se ne ha avuto la possibilità, non ha presentato alcuna osservazione al progetto di decisione e ha aspettato la decisione del 23 marzo 2015 per sollevare la suddetta eccezione. In ogni caso anche se, per pura ipotesi di lavoro – in base al principio della buona fede e avuto riguardo all'art. 27 LPGA che regola l'informazione e la consulenza – , non si volesse ritenere tardiva la produzione (con il ricorso) del rapporto del 16 aprile 2015 del dr. _____ (circa le conseguenze della produzione tardiva di documentazione medica nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni vedi, tra le tante, le STCA 32.2015.78 del 18 gennaio 2016, 32.2015.31 del 27 ottobre 2015, 32.2015.103 del 20 ottobre 2015 e 32.2015.108 dell'8 settembre 2015), lo stesso non cambierebbe l'esito delle vertenza. Infatti – ribadito che qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (cfr. consid. 2.3 e 2.4) – questo Tribunale ha appurato che il rapporto del 16 aprile 2015 del dr. _____ non rende verosimile una rilevante modifica dello stato di salute dell'insorgente. 2.8. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, non avendo l'assicurata reso verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute, la decisione di non entrata in materia va confermata. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'asse-gnazione 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. Va qui infatti evidenziato che – anche se dagli atti risulta es-sere al beneficio dell'assistenza sociale (cfr. la comunicazione del 16 febbraio 2015 dell'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento sub doc. AI 56/1) e ricordato che i presupposti (cumulativi) necessari per la concessione dell'assistenza giudiziaria (trattandosi in concreto dell'esonero da spese senza gratuito patricinio) sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno e se il processo non è palesemente privo di esito positivo; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti; cfr. anche artt. 2 e 3 Lag.) – l'assicurato non può essere esonerato dalle spese in quanto 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). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente 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 l'insor-gente, a cui non poteva sfuggire la necessità di dover rendere verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute (nel progetto di decisione dell'11 febbraio 2015 sub doc. AI 55/1-2 è evidenziato che "(…) un nuovo esame è possibile nel caso in cui è oggettivamente dimostrato che le circostanze che danno diritto a prestazioni hanno subito una modifica rilevante (…)" e l'art. 87 cpv. 2 OAI, nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2012, prevede che 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) , non ha apportato, né prima e nemmeno con l'inoltro del ricorso, valida documentazione medica attestante una rilevante modifica del suo stato di salute con influsso sulla capacità lavorativa. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è respinto . 2. Le spese, per fr. 500.--, sono poste a carico della ricorrente. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente Il segretario giudice Raffaele Guffi Gianluca Menghetti

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