

TI_GERICHTE 32.2020.135 vom 28. September 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-09-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.135

FR: TI_GERICHTE 32.2020.135 du 28 septembre 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.135 del 28 settembre 2020

Regeste

Conferma della decisione di non entrata in materia dell'UAI poiché la persona assicurata non ha reso verosimile un peggioramento del suo stato di salute con incidenza sulla capacità lavorativa

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.02.2021 32.2020.135 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.02.2021 32.2020.135 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.02.2021 32.2020.135

Conferma della decisione di non entrata in materia dell'UAI poiché la persona assicurata non ha reso verosimile un peggioramento del suo stato di salute con incidenza sulla capacità lavorativa

Raccomandata Incarto n. 32.2020.135 cs Lugano 22 febbraio 2021 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il Tribunale cantonale delle assicurazioni composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente, Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici redattore: Christian Steffen, vicecancelliere segretario: Gianluca Menghetti statuendo sul ricorso del 26 ottobre 2020 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 28 settembre 2020 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. Con decisione del 26 giugno 2019 l'Ufficio AI ha posto RI 1, nata nel 1963, al beneficio di ¼ di rendita dal 1° maggio 2012 al 31 dicembre 2012 e di ½ rendita dal 1° gennaio 2013 (pag. 723-728 incarto AI). 1.2. In data 30 luglio 2020 l'assicurata ha trasmesso all'Ufficio AI un rapporto del 6 luglio 2020 del dr. med. _____, FMH ORL e chirurgia cervico-facciale e due scritti del 2 e del 15 luglio 2020 del Prof. dr. med. _____, direttore medico del _____ (pag. 736 incarto AI). 1.3. Dopo aver sottoposto la documentazione al medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, con decisione del 28 settembre 2020, preavvisata dal progetto del 10 agosto 2020 (pag. 742-743 incarto AI), l'Ufficio AI non è entrato in materia sulla richiesta di revisione in assenza di " fatti certamente nuovi, rispettivamente di modificazioni certe e significative di fatti noti " (doc. A2). 1.4. RI 1, rappresentata dall'avv. RA 1, è insorta al TCA contro la predetta decisione, chiedendone l'annullamento e domandando che gli atti siano rinviati all'amministrazione affinché entri nel merito della domanda di revisione postulata (doc. I). Riassunta la fattispecie, la ricorrente sostiene che i certificati del dr. med. _____ e del Prof. dr. med. _____ comprovano un peggioramento del suo stato di salute per quanto concerne i capogiri, la nausea, il tinnito, le affezioni psichiatriche, nonché il sorgere di nuove patologie. Per la ricorrente l'SMR non ha nemmeno discusso il peggioramento indicato dal dr. med. _____ e le nuove affezioni diagnosticate dal dr. med. _____. 1.5. Il 3 novembre 2020 l'assicurata ha prodotto un nuovo referto del 23 ottobre 2020 del Prof. dr. med. _____ al fine di comprovare

l'avvenuto peggioramento del suo stato valetudinario (doc. IV/1-2). 1.6. Con risposta del 10 novembre 2020 l'UAI propone la reiezione del ricorso con argomentazioni che, laddove necessario, saranno riprese in corso di motivazione (doc. VI). 1.7. Dopo aver chiesto (doc. VIII), ed ottenuto (doc. IX), un termine per presentare una replica, la ricorrente ha prodotto un rapporto del 27 novembre 2020 del dr. med. _____ (doc. X+1). 1.8. Con osservazioni del 14 dicembre 2020 (doc. XII), trasmesse alla ricorrente per conoscenza (doc. XIII), l'Ufficio AI ha ribadito la richiesta di respingere il ricorso poiché la nuova documentazione è stata presentata tardivamente. in diritto 2.1. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che

l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) . Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.2. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; cfr. anche 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI.

2.3. Qualora una domanda di rendita sia stata respinta perché il grado di invalidità era insufficiente, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se (art. 87 cpv. 3 OAI) l'assicurato dimostra che il 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 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 (STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012; 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, 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. 87ss. OAI; VSI 1999 pag. 8; 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). In particolare, la 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 (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. pag. 4; 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; STFA del 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4). 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). Infine, 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 dopo l'entrata in vigore della LPGA il 1° gennaio 2003 e il nuovo tenore dell'art. 87 OAI, valido dal 1° marzo 2004 (DTF 130 V 343 consid. 3.5; STF I 630/06 del 20 giugno 2007, consid. 3; STFA I 734/05 dell'8 marzo 2006), modificato, ma di identico tenore, dal 1° gennaio 2012. Va ancora rilevato che per quanto concerne gli art. 87 cpv. 3 e 4 OAI (corrispondenti agli attuali art. 87 cpv. 2 e 3 OAI dal 1° gennaio 2012), 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 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 Verfügung 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). In questo senso nella succitata STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012 il TF ha, in particolare, rilevato che “ (...) adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve così cominciare con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non è il caso, può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata in materia. A tal proposito occorre precisare che 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, essa dispone di un certo potere di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (DTF 109 V 108 consid. 2b pag. 114; cfr. pure SVR 2003 IV no. 25 pag. 76, consid. 2.2). (...) ” (STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012, consid. 2.3; STCA 32.2018.175 del 20 agosto 2019, consid.2.2 e STCA 32.2019.132 del 25 maggio 2020, consid.2.2). 2.4. Nel caso di specie oggetto del contendere è pertanto unicamente la questione di sapere se a ragione l'UAI ha rifiutato di entrare nel merito della domanda e meglio se lo stato di salute della ricorrente, rispetto allo stato di fatto presente all'epoca dell'emissione della decisione del 26 giugno 2019 (cfr. DTF 133 V 108), ha subito un peggioramento tale da incidere sul grado d'invalidità. In concreto, con decisione del 26 giugno 2019 l'Ufficio AI ha posto la ricorrente al beneficio di ¼ di rendita dal 1° maggio 2012 al 31 dicembre 2012 e di ½ rendita dal 1° gennaio 2013 (pag. 723-728 incarto AI). L'UAI si era inizialmente fondato, dal profilo medico, sul rapporto finale SMR del 5 marzo 2018 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, che, dopo aver esaminato la perizia pluridisciplinare del _____ del 7 febbraio 2018 (pag. 428 e seguenti incarto AI), aveva affermato: “ (...) Si sono analizzati i documenti medici nell'ambito psichiatrico, in particolare l'assicurata ha

mostrato stanchezza durante la raccolta anamnestica al _____ rispettivamente alla perita psichiatrica Dr.ssa _____ durante il 1° colloquio ma non il 2°, mentre appare lucida e in grado di completare un Test di Rorschach e TAT validi in 42 minuti presso lo psicologo Dott. _____. Non risultano qui segni di stanchezza quanto risposte bizzarre non attribuibili a segni o sintomi di disturbi psichiatrici noti. Vi sono seri dubbi che l'assicurata abbia un sonno significativamente disturbato. È degno di nota che sia il reumatologo Dr. _____ sia il neurologo Dr. _____ sia il perito ORL dr. _____ hanno potuto svolgere regolarmente i loro accertamenti senza denotare alcun accenno di stanchezza con relativa difficoltà a completare l'esame peritale. Il Dr. _____ si esprime riguardo l'amplificazione dei sintomi, Sia la psichiatra Dr.ssa _____, sia lo psicologo Dott. _____ sia il reumatologo Dr. _____ hanno osservato segni e sintomi privi di riscontro medico clinico rispettivamente psicodiagnostico. Ne consegue che la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "Altri disturbi di personalità" non abbia in realtà un influsso reale: infatti, un qualsiasi disturbo di personalità compare nella tarda infanzia o nell'adolescenza. L'assicurata ha adesso 54 anni e ha svolto un'attività lavorativa senza limitazioni note fino al momento dell'infortunio. Non è dunque giustificabile che uno stato pervasivo, inflessibile che ostacola l'adattamento influenzi la capacità lavorativa solo in tempi recenti e non prima. Appare chiaro dall'anamnesi che l'assicurata è _____ per trovare migliori condizioni lavorative, non per altri motivi, nel 1990, all'età di 27 anni, dunque quando la personalità di un individuo è costituita. Si adatta a nuove condizioni di vita e di lavoro stressanti fino al diploma universitario in Scienze infermieristiche nel 2003. È del tutto verosimile che non si tratti di disturbo di personalità bensì dell'atteggiamento con cui l'assicurata si è presentata alla perita psichiatrica" (pag. 522 incarto AI) Il medico SMR ha quindi posto la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome cervicospindilogenica cronica (stato dopo Whiplash 2.12.2010 con contusione labirintica a sinistra, ipoacusia e acufeni persistenti), cofosi a sinistra, acufene a sinistra, sintomatologia vertiginosa su probabile commotio labirintica. Egli ha posto le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di sindrome algica cronica diffusa a tutto il corpo non spiegata da patologia neurologica, disturbi di equilibrio con capogiri non riferibili a lesioni delle strutture nervose centrali, disturbi di sensibilità al braccio e alla gamba sinistra rispettivamente all'emiviso destro e in parte al braccio destro, non spiegati da patologia neurologica organica, anamnesi positiva per disturbo depressivo ricorrente, simulazione di malattia, stato dopo colecistectomia laparoscopica in 01.2016, intolleranza a Lyrica. Il medico SMR ha poi elencato le varie incapacità lavorative della ricorrente nel corso del tempo dal 2 dicembre 2010, precisando che, mentre nell'attività abituale di infermiera è totalmente incapace al lavoro da tale data, dal 10 giugno 2017, in attività leggere e confacenti al suo stato di salute, ella è incapace al lavoro al 5%, intesa quale riduzione del rendimento. Quali limitazioni figurano l'impossibilità di innalzare pesi oltre 9 kg, l'alternanza della postura al bisogno, non lavori prolungati sopra l'altezza delle spalle, non lavori notturni, non ambiente rumoroso, in ambito psichiatrico assenza di limitazioni (pag. 524-525 incarto AI). Con decisione del 5 giugno 2018 l'UAI ha respinto la richiesta di prestazioni (pag. 590-596 incarto AI). In seguito al ricorso che l'assicurata aveva inoltrato al TCA il 2 luglio 2018 contro la decisione del 5 giugno 2018 dell'UAI (inc. 32.2018.118), il medico SMR, dr. med. _____, aveva affermato: " (...) Ho preso nozione delle osservazioni del rappresentante legale e ho rivisto con attenzione il complesso della documentazione medica, in particolare la perizia _____ restituita in marzo 2018. Fermo restando quanto da me valutato in ambito

psichiatrico, il perito ORL Dr. _____ aveva in effetti giustificato un'inabilità lavorativa del 70-80%. Appare dunque giudizioso considerare un'inabilità ORL del 25% da sommare all'inabilità reumatologica del 5% poiché si tratta di condizioni mediche tra loro distinte" (pag. 648 incarto AI) Il medico SMR ha poi rivisto i periodi di incapacità lavorativa in attività adatta, indicando da ultimo un'incapacità lavorativa del 30%, intesa come riduzione del rendimento, dal 10 giugno 2017 (pag. 648 incarto AI). Il 24 settembre 2018 il Presidente del TCA ha stralciato dai ruoli il ricorso del 2 luglio 2018 per avvenuta transazione secondo la quale l'UAI, in seguito alla modifica dell'incapacità lavorativa in attività adatte, ha chiesto la restituzione degli atti per ulteriori accertamenti economici ed emanazione di una nuova decisione (inc. 32.2018.118). Dopo il ricalcolo del grado di invalidità e l'emissione del nuovo progetto di decisione, la ricorrente aveva prodotto ulteriore documentazione medica, sulla quale il dr. med. _____ si era espresso il 10 maggio 2019, nei seguenti termini: " (...) Faccio riferimento alla mia annotazione del 18.09.2018, dove modificavo la precedente valutazione SMR indicando un'incapacità lavorativa del 30% in attività adeguate. Tale presa di posizione medica non era contestata dal rappresentante legale. La rivalutazione economica oggetto della transazione omologata il 24.09.2018 non è di mia competenza. Per quanto concerne in ambito medico la presa di posizione del rappresentante legale del 5 aprile 2019, il certificato del Dr. _____ del 29.08.2018 ma da noi ricevuto il 14.05.2019, riporta le stesse informazioni e l'apprezzamento già redatti nel rapporto AI pervenuto il 09.03.2017 ed analizzato nelle successive prese di posizione SMR. Il rappresentante legale non cita altri rapporti medici precedentemente non noti al SMR. In conclusione, in ambito medico, non sono presentati nuovi elementi rispettivamente modificazioni significative di fatti noti tali da modificare le precedenti prese di posizione SMR." (pag. 223 incarto AI) Il 26 giugno 2019 l'Ufficio AI ha emanato la già nota decisione con cui ha posto la ricorrente al beneficio di ¼ di rendita dal 1° maggio 2012 al 31 dicembre 2012 e di ½ rendita dal 1° gennaio 2013 (pag. 723-728 incarto AI). 2.5. Il 30 luglio 2020 la ricorrente ha trasmesso all'UAI nuova documentazione medica (pag. 738 incarto AI). Un certificato del 2 luglio 2020 del Prof. dr. med. _____, _____ del _____, con cui lo specialista chiede all'assicuratore malattie la presa a carico dei costi di un soggiorno presso la Clinica _____ di _____ per 2-3 settimane, con l'indicazione che l'interessata " soffre di una sindrome cervicale, dovuta da un lato da una distonia (torticollis spasmodicus) e dall'altro a dolori post-traumatici. La situazione è scompensata e malgrado una fisioterapia ambulatoriale, sia i dolori che l'impatto nella vita quotidiana sono aumentati. Dall'altro lato c'è un buon potenziale di miglioramento con un soggiorno riabilitativo multidisciplinare che può essere garantito alla Clinica di _____ " (pag. 733 incarto AI). Un referto del 6 luglio 2020 del dr. med. _____, FMH ORL e chirurgia cervico-facciale, che si rivolge al dr. med. _____ a causa di un tinnito di nuova insorgenza a destra e per valutazione di disturbi vertiginosi. " Lamenta da tre mesi un capogiro continuo con nausea e un forte tinnito a destra (...) L'esame microscopico mostra bilateralmente dei condotti liberi e timpani calmi e intatti. L'esame Audiometrico Tonale all'orecchio destro, di cui le allego copia, risulta invariato rispetto ai precedenti controlli e mostra una perdita di natura percettiva del 49%. Anacusia invece dell'orecchio sinistro. All'esame Videoculografico nonostante la forte nausea e crisi di vomito non abbiamo riscontrato alcun elemento oggettivo che deponga per un interessamento o coinvolgimento vestibolare periferico acuto. Non vi è nistagmo patologico né spontaneo né di provocazione, posizionale né di posizionamento. Ritengo con forte probabilità che la paziente soffra di una vertigine di

origine centrale e non periferica. Sulla causa dell'insorgenza del tinnito destra restano non chiare ma preoccupano la paziente notevolmente, aggravando la sua situazione depressiva. Abbiamo suggerito l'adattamento dell'apparecchio acustico destro con generatore di suoni nell'ambito di una TRT (...). Avevamo già proposto nel lontano 2012 la terapia a l'orecchio sinistro, allora era stata rifiutata dalla paziente. Speriamo che in questa condizione e considerato l'aggravamento della situazione la paziente accetti ora di provare la terapia con adattamento protesi acustica. Per quanto concerne le vertigini avrei suggerito un trattamento con Arlevert (...) ma lascio a lei la scelta se indicato o meno in considerazione della situazione della paziente ” (pag. 734 incarto AI). L'insorgente ha inoltre prodotto la valutazione ambulatoriale del 7 luglio 2020, redatta il 15 luglio 2020, del Prof. dr. med. _____ che ha posto la diagnosi principale di torcicollo spasmodico (distonia cervicale) con sindromi dolorose cervico-brachiali croniche in trattamento con tossina botulinica; OSAS di lieve entità lieve-moderata, su video PSG del 25.10.2019, AHI 12, ODI 17; insonnia cronica di mantenimento d'origine multifattoriale (sostenuta da acufene, aspetti umorali, aspetti di scarsa igiene del sonno) e determinante un ritmo sonno/veglia estremamente irregolare ed infine cefalea episodica con caratteristiche miele muscolo-tensive e emicraniche, attuale: buon compenso clinico, esordio clinico riferito: dopo l'incidente stradale del 2010, anamnestici possibili episodi di aura visiva (scotomi scintillanti). Lo specialista ha inoltre posto alcune diagnosi secondarie (pag. 735 incarto AI). Il 7 agosto 2020 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " (...) Ho preso visione di una richiesta di presa a carico alla Cassa malati per un soggiorno a _____ redatta dal Prof. _____ il 02.07.2020: leggo di un relativo peggioramento di una condizione nota e analizzata in sede SMR senza tuttavia una chiara definizione di diagnosi, status e prognosi tale da quantificare l'eventuale peggioramento e la sua durata. Il rapporto del Dr. _____ del 06.07.2020 riporta la nozione nota di sindrome vertiginosa, anch'essa analizzata in passato al SMR. In conclusione, in assenza di fatti certamente nuovi rispettivamente modificazioni certe e significative di fatti noti, non si giustifica l'entrata in materia." (pag. 740 incarto AI) Pendente causa la ricorrente ha prodotto un referto del 23 ottobre 2020 del Prof. dr. med. _____, il quale ha affermato che la situazione della ricorrente “ è peggiorata negli ultimi due anni. Malgrado il trattamento di tossina botulinica che migliora i sintomi della distonia cervicale, la paziente ha un'incapacità lavorativa che è aumentata dal 2019 e che è al momento del 100%. Sia i sintomi della distonia, sia il dolore cronico e i sintomi ansioso-depressivi, contribuiscono all'incapacità lavorativa ” (doc. IV/1). L'insorgente ha inoltre prodotto un certificato del 27 novembre 2020 del dr. med. _____, il quale ha affermato che l'interessata “ ha sofferto di un significativo peggioramento della capacità uditiva all'orecchio dx. Da una perdita percettiva del 26.5% dx misurato in data 28.09.2016 a una perdita del 48.9% dx misurata in data 24.06.2020. La paziente soffre inoltre di una cofosi sx, quindi di una sordità completa all'orecchio sx ” (doc. X/1). 2.6. In concreto, occorre innanzitutto rammentare che, determinante per stabilire se vi è stato un peggioramento dello stato di salute della ricorrente tale da incidere sulla sua capacità lavorativa in attività adatte, è lo stato valetudinario presente al momento dell'emissione della decisione del 26 giugno 2019. A questo proposito va inoltre tenuto conto del fatto che tra la nuova domanda del 30 luglio 2020 e la citata decisione, è passato poco più di un anno e l'Alta Corte ha già avuto modo di precisare che l'amministrazione deve prendere in considerazione il tempo trascorso dall'ultima decisione, giacché più l'ultimo provvedimento è recente, maggiori sono le esigenze da porre per ritenere verosimile il peggioramento (sentenza I 619/06 del 10 febbraio 2005) . Va pure evidenziato

come la documentazione prodotta dalla ricorrente in data 3 novembre 2020 (doc. IV) e 1° dicembre 2020 (doc. X), ossia il certificato medico del 23 ottobre 2020 del Prof. dr. med. _____ (doc. IV/1) e quello del 27 novembre 2020 del dr. med. _____ (doc. X/1), non possono essere ritenuti nell'ambito della presente procedura, poiché secondo la giurisprudenza federale, in 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 (cfr. STF 8C_901/2013 del 7 febbraio 2014 consid. 3.2; STF 8C_45/2014 del 20 febbraio 2014 consid. 4.2; STF 8C_457/2012 del 9 luglio 2012 consid. 3.1; STF 8C_177/2010 del 15 aprile 2010; STFA I 734/05 dell'8 marzo 2006; DTF 130 V 64; STCA 32.2017.11 del 16 agosto 2017 consid. 2.6 e rinvii ivi citati; cfr. STCA 32.2014.93 del 4 maggio 2015 consid. 2.5 e rinvii ivi citati; STCA 32.2019.45 del 13 febbraio 2020, consid. 2.6). In concreto secondo questo Tribunale, l'Ufficio AI a ragione non è entrato nel merito della domanda della ricorrente. Infatti l'insorgente, chiamata a dimostrare che rispetto all'ultima decisione del 26 giugno 2019, vi è stato un peggioramento del suo stato di salute, non ha reso verosimile che la modifica della sua situazione valetudinaria ha inciso sulla sua capacità lavorativa in attività adatta al suo stato di salute. Se è vero che nel referto del 15 luglio 2020 del dr. med. _____, che si esprime sulla visita ambulatoriale del 7 luglio 2020, figurano nuove diagnosi (segnatamente torcicollo spasmodico [distonia cervicale] e OSAS di entità lieve-moderata) e lo specialista fa stato di un peggioramento dello stato di salute, evidenziato anche dal medico SMR, dr. med. _____, il 7 agosto 2020 (pag. 740 incarto AI: “[...] leggo di un relativo peggioramento di una situazione nota e analizzata in sede SMR [...]”), d'altra parte il medesimo specialista nulla dice circa le conseguenze di tali patologie sulla capacità lavorativa dell'assicurata. Egli, dopo aver prescritto alcune cure all'assicurata, ha del resto indicato che il prossimo controllo sarebbe stato il 14 ottobre 2020 (pag. 737 incarto AI). Per il resto il Prof. dr. med. _____ ha semmai rilevato la presenza di alcuni miglioramenti (pag. 736 incarto AI: “[...] la paziente viene per il previsto controllo. Riferisce che grazie al Midocaim e alle ultime iniezioni di tossina botulinica, va un poco meglio a sinistra, ma oggi i dolori sono molto forti sulla parte posteriore della nuca destra. Riesce a girare lievemente meglio la testa. Anche il sonno è un poco migliorato e cammina meglio [...]” e “[...] La paziente va meglio a livello psichico, oggi non piange, è più rilassata. A livello della distonia, il trapezio a destra è fortemente distonico, ma anche lo splenio e l'elevatore della scapola, non è visibile un torcicollo [...]”) e nel certificato del 2 luglio 2020, con cui chiede un ricovero presso la Clinica _____ di _____, egli afferma semmai che “c'è un buon potenziale di miglioramento con un soggiorno riabilitativo multidisciplinare” di 2-3 settimane (pag. 733 incarto AI). Neppure il dr. med. _____, specialista FMH ORL e chirurgia cervico-facciale, nel certificato dell'8 luglio 2020 si esprime in merito all'incidenza degli asseriti peggioramenti (segnatamente tinnito di nuova insorgenza a destra) sulla capacità lavorativa dell'interessata. Egli, oltre alle affezioni già note (tra cui l'anacusia all'orecchio sinistro), afferma invece che l'esame “microscopico mostra bilateralmente dei condotti liberi e timpani calmi e intatti. L'esame Audiometrico Tonale all'orecchio destro, di cui le allego copia, risulta invariato rispetto ai precedenti controlli e mostra una perdita di natura percettiva del 49% (...) All'esame Videoculografico nonostante la forte nausea e crisi di vomito non abbiamo riscontrato alcun elemento oggettivo che deponga per un interessamento o coinvolgimento vestibolare periferico acuto. Non vi è nistagmo patologico né spontaneo né di provocazione, posizionale né di posizionamento” (pag. 735 incarto AI). Certo, la perdita percettiva del 49% è un peggioramento rispetto a quanto era stato accertato

con la perizia del _____ (perdita del 35.9% [cfr. pag. 382-383 incarto AI, consulto ORL]). Tuttavia, ciò non significa ancora che vi sia un'incidenza sulla capacità lavorativa della ricorrente. Infatti, come rilevato dal consulente del _____, la ricorrente beneficia di una protesi acustica (pag. 382 incarto AI) ed era già stato rilevato come nel corso del tempo c'è stata "una progressione (probabilmente fisiologica) del calo uditivo all'orecchio destro" e che con il passare del tempo il calo continuerà (pag. 383- 383 incarto AI). Lo stesso dr. med. _____ ha evidenziato di aver "suggerito l'adattamento di un apparecchio acustico destro con generatore di suoni nell'ambito di una TRT (...) Avevamo già proposto nel lontano 2012 la terapia a l'orecchio sinistro, allora era stata rifiutata dalla paziente. Speriamo che in questa condizione e considerato l'aggravamento della situazione la paziente accetti ora di provare la terapia con adattamento protesi acustica. Per quanto concerne le vertigini avrei suggerito un trattamento con Arlevert (...)" . In queste condizioni, secondo il TCA, tramite i certificati medici prodotti il 30 luglio 2020, considerato inoltre il poco tempo trascorso rispetto all'ultima decisione, l'interessata non ha reso verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni, e meglio che è subentrato un rilevante cambiamento rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato tale da influire sulla perdita di guadagno. Va poi ribadito che neppure il medico SMR, dr. med. _____, chiamato a valutare i certificati prodotti dalla ricorrente, ha ritenuto sufficienti le affermazioni dei medici curanti. A questo riguardo va ricordato 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 LPGGA - 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 nuovo 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). Alla luce di quanto sopra questo Tribunale ritiene che non sia stato reso verosimile un peggioramento dello stato di salute con influenza rilevante sulla capacità lavorativa della ricorrente rispetto alla situazione esistente il 26 giugno 2019. Ciò non toglie che, ritenuto come il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti della ricorrente nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento in lite, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (sul potere cognitivo dal profilo temporale del giudice delle assicurazioni sociali cfr. DTF 144 V 210 consid. 4.3.1 con riferimenti, citata nella sentenza 8C_435/2020 del 23 ottobre 2020, consid. 4.4), la ricorrente ha, se del caso, la facoltà di presentare un'ulteriore nuova domanda di prestazioni, adducendo una rilevante modifica della situazione valetudinaria ed allegando la pertinente documentazione medica, motivata, approfondita ed indicante precisamente il grado d'incapacità lavorativa in attività leggere, relativa ad eventuali nuovi o maggiori disturbi che potrebbero influire sul grado d'inabilità.

2.7. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2020 ed applicabile in concreto (cfr. disposizione transitoria, art. 83 LPGGA), la procedura di ricorso

in caso di controversie relative all'assegnazione 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 (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 complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è respinto . 2. Le spese di 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 presidente
Cattaneo

Il segretario di Camera Daniele
Gianluca Menghetti

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