

TI_GERICHTE 32.2021.110 vom 3. September 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-09-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.110

FR: TI_GERICHTE 32.2021.110 du 3 septembre 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2021.110 del 3 settembre 2021

Regeste

Nuova domanda di prestazioni AI per peggioramento psicofisico. Decisione di non entrata in materia, perché per SMR non c'è stato peggioramento. Per TCA, le condizioni di salute non sono mutate in maniera rilevante dopo l'emanazione della precedente decisione. Stessa diagnosi e terapia psicofarmacologica

Erwägungen

E. 31

dicembre 2021. 2.2. Oggetto del ricorso è la questione a sapere se a ragione l'Ufficio assicurazione invalidità non è entrato nel merito della nuova domanda di prestazioni presentata dall'assicurato nel luglio 2020. 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 LPG, 41 vLAI, art. 87ss. 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). S e 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). Va ancora rilevato che per quanto concerne gli attuali art. 87 cpv. 2 e 3 OAI, è sufficiente rendere verosimile un rilevante cambiamento e non è richiesta la prova della verosimiglianza preponderante valida nell'ambito delle assicurazioni sociali. Non è necessario portare la prova piena per convincere l'amministrazione che è subentrato un rilevante cambiamento rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato. È tuttavia sufficiente che in tal senso vi siano indizi per una simile modifica, anche se permane la possibilità che un'analisi approfondita dimostri che questo cambiamento in realtà non è subentrato (STF 9C_662/2014 del 23 aprile 2015 consid. 4.2; STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012 consid. 2.2 e 2.3; STF 9C_688/2007 del 22 gennaio 2008; STF I 55/07 del 26 novembre 2007; SVR 2002 IV Nr. 10 consid. 1c/aa). Più la precedente decisione è distante nel tempo, meno esigenze sono poste alla verosimiglianza del rilevante cambiamento giusta l'art. 87 cpv. 3 e 4 OAI (STFA I 619/04 del 10 febbraio 2005, consid. 3). In particolare, 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). 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. 2.4. Nella fattispecie in esame, con decisione del 30 agosto 2019 l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato per disturbi fisici il diritto a una mezza rendita di invalidità dal 1° maggio 2015, poi intera dal 1° agosto al 31 dicembre 2016. La patologia psichica, emersa ed invalidante dal 1° ottobre 2017, costituiva un nuovo danno alla salute e quindi un ripristino della rendita poteva avvenire non prima del 1° ottobre 2018. Ritenuta dal 1° aprile

con cui non è entrato in materia sulla nuova richiesta di prestazioni, affermando che " Il 23 luglio 2020 abbiamo ricevuto la sua nuova richiesta (accompagnata da un rapporto del Dr. med. _____ del 28 aprile 2020). Alla nuova richiesta deve essere allegata la necessaria documentazione che attesti una modifica della situazione. La verifica degli atti non ha potuto dimostrare questa modifica. Per questo motivo non possiamo entrare nel merito della sua nuova richiesta. ". Il progetto di decisione del 28 maggio 2021 è stato oggetto di osservazioni il 25 giugno 2021 (doc 133), con cui l'assicurato ha evidenziato che con la decisione dell'Ufficio AI del 30 agosto 2019 la condizione clinica conosciuta dall'amministrazione era quella dell'estate 2019, ma da allora la situazione è peggiorata e quanto affermato dal dr. med. _____ non è stato verificato rispettivamente contraddetto da altra documentazione medica, perciò l'interessato ha chiesto che si aprisse un'istruttoria e si entrasse nel merito della valutazione del suo stato. L'assicurato ha terminato il suo scritto indicando che " ci riserviamo di produrre a breve scadenza le certificazioni mediche a sostegno del cambiamento dello stato di salute ritenuto che l'assicurato in esito al progetto AI ha chiesto consulenza ai suoi curanti. ". Il 7 luglio 2021 (doc. 134) l'amministrazione ha comunicato all'interessato che avrebbe atteso fino al 21 luglio l'inoltro della documentazione medica citata e che avrebbe preso in seguito posizione unicamente sulla scorta degli atti a disposizione. Il 21 luglio 2021 (doc. 135) l'assicurato ha informato l'Ufficio AI che a causa del periodo di vacanze non era ancora riuscito a recuperare la necessaria documentazione, chiedendo perciò di accordargli un ulteriore termine fino al 31 agosto 2021. L'amministrazione ha acconsentito il 9 agosto 2021 (doc. 136) ad attendere sino al 31 agosto 2021 l'inoltro della documentazione medica e ha avvertito l'interessato che non avrebbe accordato un ulteriore termine. Il 31 agosto 2021 (doc. 137) l'assicurato ha informato l'Ufficio AI che, a causa soprattutto del periodo di vacanza, non era in grado di produrre quanto preannunciato nonostante i tentativi effettuati sia presso il medico curante sia lo specialista e ha segnalato che il 6 settembre 2021 aveva appuntamento con il dr. med. _____. Ad ogni modo, si riconfermava nelle precedenti osservazioni, ovvero che in presenza della certificazione medica acquisita con cui si indicava un peggioramento e, in assenza di prove contrarie, l'amministrazione doveva entrare nel merito. Per contro, il 3 settembre 2021 (doc. A) l'Ufficio assicurazione invalidità ha emesso la decisione formale con cui ha confermato la non entrata in materia sulla nuova domanda di prestazioni. Preso atto degli scritti del 25 giugno e del 31 agosto 2021, l'amministrazione ha rilevato che malgrado gli ulteriori termini assegnati l'interessato non ha prodotto alcun tipo di ulteriore e recente documentazione medica e ha ricordato che il rapporto del 28 aprile 2020 del dr. med. _____, più volte menzionato dall'assicurato, era già stato valutato dal Servizio Medico Regionale il 27 maggio 2021, secondo il quale dallo stesso non emergevano nuove patologie o uno stato funzionale modificatosi in maniera importante. Pertanto, il progetto è stato confermato. Con il ricorso del 6 ottobre 2021 l'assicurato ha prodotto i due referti che non era riuscito ad allegare entro il termine del 31 agosto 2021, ovvero i pareri dei suoi medici curanti. Il 9 settembre 2021 (doc. D) il dr. med. _____, medicina generale FMH medicina sportiva SSMS, ha certificato di seguire l'assicurato da 27 anni in qualità di medico di famiglia e di avere assistito negli ultimi anni a un graduale peggioramento dello stato di salute psicofisico di RI 1. Dal lato psicologico-psichiatrico, egli ha segnalato una chiara e netta deflessione dell'umore peggiorata gradatamente negli anni con il sommarsi dei problemi di salute e socio-familiari (inabilità lavorativa, precarietà finanziaria, riduzione dell'autostima). Dal punto di vista fisico, l'assicurata presentava numerose patologie che concorrevano a ridurre la capacità

lavorativa. Il trauma cervicale del 2016 l'ha portato ad essere operato presso il _____ il 13 maggio 2016 e i postumi del trauma e dell'operazione si facevano ancora sentire con cervicalgie croniche e netta limitazione algica del movimento della colonna cervicale. A quel momento i dolori al collo che irradiavano verso la nuca e verso le spalle erano uno dei problemi più importanti e limitanti. Il curante ha inoltre segnalato che negli ultimi anni il paziente aveva sviluppato fenomeni di angioedema ed esacerbazioni asmatiche chiaramente migliorate dopo l'interruzione dell'attività lavorativa quale pizzaiolo. Restava la diatesi atopica che si manifestava periodicamente con rinite, asma e orticaria. L'assicurato, diabetico dal 2014, controllava bene il problema grazie a una buona disciplina alimentare e ai medicinali. Era pure affetto da Epatite B, senza però complicazioni. Il medico curante ha infine indicato di avere visto l'assicurato in consultazione per il controllo del diabete, verifica della complessa terapia medicamentosa, per disturbi ortostatici e lipotimie e per i dolori cervicali che erano chiaramente peggiorati rispetto al 2019. Il dr. _____ ha concluso che, globalmente, negli ultimi due anni l'assicurato ha manifestato un chiaro peggioramento dello stato di salute che al momento precludeva sicuramente un'attività lavorativa. Durante l'ultima visita del 6 settembre 2021 egli ha avuto di fronte un paziente dall'umore chiaramente deflesso e con importanti dolori e limitazione funzionale a livello della colonna cervicale. Il 15 settembre 2021 (doc. C) il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha ricordato di avere in cura l'assicurato, 64enne, di origini _____, padre di due figli, dall'ottobre 2017 e che è affetto da una sindrome depressiva di gravità lieve-media (ICD-10: F33.1) e da un disturbo di personalità misto con prevalenza di tratti impulsivi (ICD-10: F61.0). Lo specialista ha rilevato che negli ultimi mesi il suo paziente si era confrontato con il decesso di uno zio paterno e di due giovani cugini, morti per Sars-Cov-2, lutti che lo hanno spaventato e colpito essendo loro molto legato. Ai colloqui l'assicurato arrivava puntuale come di solito, curato, attento, disponibile. L'atteggiamento era cooperante, ma con un mood triste pessimista. Durante l'ultimo colloquio egli era molto più cupo e con un'impronta mimica depressiva. Si era detto ritirato, apatico, con una sofferenza interna e un notevole senso di vuoto. Riportava ancora i sensi di colpa con fluttuazioni emotive, ai quali diceva di reagire con condotte di ritiro, di evitamento. Molto solo, questo quadro era aggravato da cronici conflitti coniugali e con i figli. L'interessato riportava spesso un vissuto di perdita, di mancanza di ruolo. Notevole era il senso di rassegnazione e di impotenza. L'eloquio era fluente, il pensiero rimuginativo su temi negativi, di inutilità e disapprovazione. Non riportava idee suicidali, ma pensieri di morte. Sul piano timico evidenziava una moderata apatia. Vissuti di sconforto e disperazione. Il tono dell'umore era deflesso al polo negativo. Infine, lo psichiatra ha indicato la terapia seguita dall'assicurato, la diagnosi, la prognosi lavorativa e la sua valutazione, tutte identiche a quelle riportate nel suo precedente rapporto del 28 aprile 2020. Questi referti sono stati sottoposti al Servizio Medico Regionale e il 12 ottobre 2021 (doc. IV/1) il dr. med. _____ ha chiesto che per gli aspetti psichiatrici si presentasse il caso ad un collega specialista in sede SMR per un migliore e puntuale giudizio. Inoltre, egli si è così pronunciato: " Per gli aspetti solo somatici la situazione descritta è completamente sovrapponibile a quanto valutato e descritto poi nel RAF del 2018, non sono presenti nuove diagnosi e la sintomatologia descritta era già nota ed è stata già presa in considerazione e valutata.". Il giorno seguente (doc. IV/2), il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha indicato quanto segue: " Ho preso visione di un ulteriore certificato del Dr. _____ del 15.09.2021 i cui contenuti sono sovrapponibili al documento del 17.05.2019, sul quale mi ero espresso il 11.06.2019 rispettivamente il certificato del

28.05.2020. In assenza di fatti nuovi o modificazioni significative di fatti noti ribadisco la mia precedente presa di posizione ne è giustificata un'entrata in materia.". Il 14 ottobre 2021 (doc. IV/3) il dr. _____ ha perciò concluso: " Vista l'annotazione dello psichiatra Dr _____ del 13.10.2021 e che per gli aspetti solo somatici la situazione clinica descritta è completamente sovrapponibile a quanto valutato e descritto poi nel RAF del 2018, non sono presenti nuove diagnosi e la sintomatologia descritta era già nota ed è stata presa in considerazione e valutata non si ritiene giustificato entrare in materia.". 2.5. Con sentenza 8C_457/2012 del 9 luglio 2012 (ribadita nella STF 8C_901/2013 del 27 febbraio 2014 consid. 2) il Tribunale federale ha confermato che, nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni, l'assicurato già nella nuova richiesta deve rendere verosimile che il grado d'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (o deve perlomeno fare riferimento a mezzi di prova, segnatamente rapporti medici, non ancora prodotti o da richiedere dall'amministrazione atti a rendere verosimile l'asserita modifica. In questo secondo caso l'amministrazione 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). Atti prodotti in sede di ricorso sono invece, di massima, tardivi e da considerare nell'ambito di una nuova domanda (cfr. consid. 3.2) . Nel caso giudicato dall'Alta Corte si trattava di un'assicurata alla quale - dopo che con sentenze del 28 ottobre 2005 e del 4 febbraio 2009 il Tribunale cantonale aveva confermato le rispettive decisioni amministrative con le quali le domande di prestazioni erano state respinte per assenza di grado d'invalidità pensionabile e l'Ufficio AI, con decisione 5 maggio 2010, cresciuta incontestata in giudicato, non era entrato nel merito della nuova domanda del 22 febbraio 2010 -, con decisione del 27 ottobre 2011 era stato confermato il diniego di prestazioni non entrando nel merito della quarta domanda di prestazioni del 20 maggio 2011. Il TF ha giudicato corretto l'agire del Tribunale cantonale che non aveva preso in considerazione la nuova documentazione medica prodotta per la prima volta nella procedura ricorsuale, che andava considerata nell'ambito di una nuova domanda nel caso in cui con la stessa fosse stata sufficientemente comprovata una modifica delle circostanze di fatto . Nella STF I 734/05 dell'8 marzo 2006 (citata nella STF 8C_177/2010 del 15 aprile 2010) , il Tribunale federale delle assicurazioni aveva accolto un ricorso di un Ufficio AI che si era lamentato del fatto che un Tribunale cantonale aveva preso in considerazione un certificato medico prodotto solo in sede di ricorso. L'Alta Corte ha rammentato che se nella nuova domanda non viene reso verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto dalle prestazioni, ciò non porta in tutti i casi all'obbligo per l'amministrazione di fissare un termine all'assicurato per rendere verosimile la modifica. Il termine va assegnato unicamente laddove l'assicurato non rende verosimile la modifica rilevante per il diritto alle prestazioni, ma rinvia a mezzi di prova supplementari, in particolare atti medici, che intende trasmettere in un secondo tempo o che chiede all'amministrazione di acquisire d'ufficio. Se, per contro, viene inoltrata una nuova domanda senza rinvio a mezzi di prova supplementari, l'amministrazione deve decidere sulla base della domanda e degli atti ivi prodotti. Nello spirito della normativa di cui all'art. 87 cpv. 3 OAI (attuale art. 87 cpv. 2 OAI), mezzi di prova che datano successivamente alla decisione di non entrata in materia devono essere sempre prodotti nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni rispettivamente di revisione. 2.6. Il certificato medico del 28 aprile 2020 del dottor _____ trasmesso correttamente all'amministrazione con la nuova richiesta di prestazioni, ha riferito delle condizioni di salute del ricorrente dal profilo psichico, esponendo i disturbi soggettivi riportati dall'interessato e concludendo per un

peggioramento manifestato negli ultimi mesi. Il dr. med. _____ si è espresso un anno dopo su questo referto, e meglio il 27 maggio 2021 appena l'assicurato ha chiesto all'amministrazione di riattivare la sua nuova domanda dopo la crescita in giudicato della decisione del 30 agosto 2019 dell'Ufficio AI susseguente alla sentenza del Tribunale federale del 26 agosto 2020. Già in quell'occasione il medico dell'SMR, seppure non specialista in materia, aveva affermato che non emergevano nuove patologie o uno stato funzionale che si era modificato in maniera importante. Se è vero che l'amministrazione ha inizialmente correttamente accantonato l'esame della nuova domanda di prestazioni dell'assicurato inoltrata il 20 luglio 2020 in attesa del giudizio federale sul ricorso formulato dall'assicurato contro la STCA 32.2019.177 del 2 giugno 2020 emanato dalla scrivente Corte, considerato però che la sentenza del Tribunale federale è stata emessa il 26 agosto 2020, va biasimato il ritardo con cui l'Ufficio assicurazione invalidità ha avviato la procedura di esame. Per di più, ciò è avvenuto soltanto su sollecito dell'assicurato, che il 18 maggio 2021 ha segnalato un ulteriore peggioramento del suo quadro clinico a causa dell'insorgenza di nuove problematiche somatiche e l'aggravamento del quadro psichico. Questo ritardo nell'evasione della nuova domanda ha quindi comportato che la valutazione della situazione fosse ormai datata, visto che il referto medico che doveva attestare una rilevante modifica delle condizioni di salute dell'interessato era stato reso il 28 aprile 2020 e quindi 13 mesi prima della sua verifica da parte del Servizio Medico Regionale. D'altra parte anche l'assicurato non è esente da errori, soprattutto visto che era rappresentato da persona cognita. In altre parole, quando nel maggio 2021 egli ha comunicato all'amministrazione un aggravamento delle sue condizioni di salute, avrebbe dovuto provarlo con dei certificati medici recenti, risultando quello del 28 aprile 2020 ormai datato. Ad ogni buon conto, anche alla luce dei due nuovi referti prodotti con il ricorso che, secondo la giurisprudenza, non dovrebbero essere considerati quali mezzi di prova per la domanda di prestazioni del 20 luglio 2020, essendo stati trasmessi ben oltre l'invio della nuova domanda e al di fuori della procedura amministrativa, seppure siano stati allestiti poco dopo, il risultato non cambierebbe comunque. In effetti, contrariamente a quanto più volte ribadito dal ricorrente nei suoi scritti anche durante l'iter davanti all'Ufficio AI, le sue condizioni di salute non sono mutate in maniera rilevante dopo l'emanazione della decisione del 30 agosto 2019. Soprattutto, dal profilo psichiatrico non sono cambiate tra il 28 aprile 2020 e il 15 settembre 2021. Le affermazioni dell'assicurato, secondo cui nel 2019 e nel 2020 il suo stato di salute dal profilo psichico si sarebbe aggravato in due occasioni tanto che l'assunzione di Xanax sarebbe passata da tre a quattro compresse al giorno, non sono comprovate da alcun referto. Sia il 28 aprile 2020 sia il 15 settembre 2021, la terapia psicofarmacologica prescritta dal dr. _____ all'assicurato è rimasta la medesima e, ciò, nonostante lo psichiatra curante abbia indicato il 15 settembre 2021 che negli ultimi mesi il suo paziente si era confrontato con tre lutti di familiari ai quali era molto legato. Ma non solo. Rispetto al referto del 17 maggio 2019 (doc. 106) dello stesso dottor _____ prodotto nell'ambito delle osservazioni al progetto di decisione dell'11 settembre 2018, v'è stato addirittura un miglioramento nella terapia. Infatti, se un anno prima era stato prescritto all'assicurato Deanxit 1-0-1-0, nell'aprile 2020 - e nel settembre 2021 - l'assunzione era limitata a una sola volta al giorno. Nel 2019 la terapia prevedeva poi l'assunzione di almeno 3 pastiglie di Xanax oltre a mezza in caso di bisogno (1-0-1-1+mz al bisogno), mentre un anno dopo, come visto, la prescrizione era di una alla mattina e prima di dormire. Solo la Seraline è aumentata, passando da 1-0-mz a 1-0-1-0. In più si è aggiunto il Metformin 500 mg, ma questo è un farmaco per il diabete che regola il glucosio nel sangue (

www.compendium.ch) e che quindi nulla ha a che vedere con le problematiche di carattere psichiatrico, così come il Novalgin e il Dafalgan. Anche le diagnosi sono rimaste le stesse tra il 17 maggio 2019 e il 15 settembre 2021, ovvero di sindrome depressiva di gravità lieve-media (ICD-10: F33.1) e di disturbo di personalità misto con tratti impulsivi (ICD-10: F61.0) e ciò malgrado, a dire dello specialista, dall'inizio del 2020 si era manifestato un peggioramento dal profilo psicopatologico e nel corso del 2021 l'assicurato si era dovuto confrontare con la scomparsa di suoi tre cari familiari. Tuttavia, il grado di gravità della sindrome depressiva è sempre rimasto lo stesso, ossia era lieve-media. Inoltre, il contenuto dei colloqui riportato dal curante sia nel 2019 sia nel 2020, e ancora di recente nel 2021, riferisce sempre di una persona apatica, delusa, che faceva una vita ritirata, con sensi di colpa e vissuti di inutilità. Il pensiero era molto rimuginativo e negativo e v'erano idee di morte e pensieri suicidali, mentre nel settembre 2021 l'assicurato non riportava idee suicidali, ma pensieri di morte. Sostanzialmente, quindi, dagli incontri con lo specialista curante sono emersi negli ultimi due anni e mezzo gli stessi disturbi soggettivi, tanto che le diagnosi poste dal medesimo sono rimaste immutate così come, di fondo, pure la farmacoterapia.

2.7. Va ricordato all'assicurato che 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). Una nuova domanda deve pertanto 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 (STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012; DTF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b con riferimenti) A tal fine, è sufficiente rendere verosimile un cambiamento rilevante rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato e quindi che 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).

2.8. Occorre al riguardo segnalare che l'ultima decisione cresciuta in giudicato, quindi quella del 30 agosto 2019 confermata dalla STCA del 2 giugno 2020, si basava sostanzialmente sulla perizia del 27 giugno 2018 del _____ effettuata dal dr. med. _____, il quale ha posto la diagnosi di disturbo dell'adattamento reazione mista ansioso depressiva in fase di parziale remissione sintomatologica (ICD-10: F43.22). L'iniziale reazione di disadattamento ansioso depressivo sorta nell'ottobre 2017 era infatti andata incontro a un significativo miglioramento del quadro rispetto all'esordio grazie anche a un intervento farmacologico e psicoterapico di supporto del dr. med. _____, che appariva adeguato al quadro clinico riscontrato dal perito. Successivamente alla perizia, ma prima dell'emanazione della decisione del 30 agosto 2019, l'assicurato ha prodotto il citato referto del 17 maggio 2019 del dr. _____, sul quale si è pronunciato l'11 giugno 2019 (doc. 108) il dr. _____.

Lo specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, attivo presso il Servizio Medico Regionale, ha fornito le seguenti osservazioni: " Ho confrontato l'attuale certificato del Dr. _____ del 17.05.2019 con lo status osservato in sede di perizia psichiatria dal Dr. _____ nel giugno 2018: quanto allora descritto non è significativamente diverso da quanto ora certificato dal Dr. _____. La stessa diagnosi dello psichiatra curante di depressione ricorrente con episodio lieve (ICD 10: F 33.0) poi modificata nella seconda pagina come episodio di gravità media (ICD 10 F 33.1) rappresenta un diverso apprezzamento diagnostico del curante in assenza di uno status differente rispetto al giugno

2018. È, infatti, lo stesso curante a scrivere che l'assicurato presenta da mesi un quadro misto ansioso-depressivo in assenza di segni o sintomi di severità tale da giustificare limitazioni complete in ogni attività lavorativa. Non è apprezzabile pertanto alcuna variazione nosografica rispetto alla diagnosi di disturbo dell'adattamento, reazione mista ansioso-depressiva (ICD 10 F 43.22) proposta dal perito psichiatra. Le precedenti prese di posizione SMR sono dunque confermate, in ambito psichiatrico." Il dr. _____ ha dunque affermato che il parere dello psichiatra curante rappresentava un diverso apprezzamento diagnostico del collega in assenza di uno status differente rispetto alla valutazione peritale del giugno 2018. Non era perciò stata riscontrata alcuna variazione di rilievo nei confronti della diagnosi posta dal dr. med. _____ e quindi non v'era motivo di scostarsi dalle conclusioni tratte il 2 luglio 2018 (doc. 83) e il 3 giugno 2019 (doc. 101) dal dr. _____. Da quanto precede discende che le considerazioni del dr. _____ dell'11 giugno 2019 possono essere riportate anche ai referti del 28 aprile 2020 e del 15 settembre 2021, avendo sostanzialmente il medesimo contenuto. D'altronde, ciò è quanto affermato dallo stesso psichiatra dell'SMR nella sua presa di posizione del 13 ottobre 2021 (doc. IV/2), in cui ha ricordato, come visto, che i contenuti dei certificati del dr. med. _____ del 28 aprile 2020 e del 15 settembre 2021 erano tutti sovrapponibili al primo del 17 maggio 2019. Sulla base delle considerazioni del dr. _____, che risultano chiare e non contraddittorie, paragonando lo stato di salute dell'insorgente certificato dal perito _____ il 27 giugno 2018 e dal medico SMR il 2 luglio 2018 e il 3 giugno 2019 con le patologie diagnosticate il 28 aprile 2020 e il 15 settembre 2021 dal dr. med. _____, e valutate dal Servizio Medico Regionale il 27 maggio 2021 e il 13 ottobre 2021, non è possibile constatare un notevole peggioramento delle condizioni psichiche del ricorrente. Anche il certificato del 9 settembre 2021 del dr. med. _____, che riferisce dell'aspetto somatico, non ha modificato il quadro complessivo, visto che non ha diagnosticato ulteriori patologie né ha segnalato modifiche sul decorso delle stesse tali da giustificare la necessità di rivalutare la situazione medica. Come ha evidenziato il dottor _____ nel suo recente parere del 12 ottobre 2021 (doc. IV/1), il quadro clinico descritto dal medico curante è completamente sovrapponibile a quello che si era presentato durante la prima domanda di prestazioni e che era stato valutato nel suo rapporto finale del 2 luglio 2018, confermato il successivo 3 giugno 2019. In effetti, le patologie indicate erano già tutte note allora ed erano state debitamente vagliate durante la prima domanda. Con la nuova richiesta del 20 luglio 2020 non è stato comprovato un effettivo peggioramento, e per di più di carattere rilevante, nemmeno per quanto concerne il profilo somatico del ricorrente. Nessuna nuova diagnosi è stata infatti formulata dal dr. _____ nel suo recente certificato, perciò le affermazioni dell'assicurato secondo cui vi sono stati dei peggioramenti anche dal punto di vista fisico rimangono delle mere affermazioni di carattere soggettivo non supportate da valida documentazione clinica. 2.9. In conclusione, non è stato reso verosimile che la situazione che è stata clinicamente accertata nel luglio 2020 al momento di inoltrare l'attuale domanda di prestazioni è notevolmente peggiorata rispetto alla situazione su cui si è basata l'Ufficio AI con la decisione del 30 agosto 2019, cresciuta in giudizio, che ha portato al rifiuto della prestazione dopo il 31 dicembre 2016, che si è fondata sul quadro clinico rilevato a metà 2018 in occasione della perizia del _____ e successivamente a metà anno 2019 sulla scorta del parere del dr. med. _____ in risposta al certificato del 17 maggio 2019 del dr. med. _____. Solo in presenza di un peggioramento in misura rilevante degli elementi clinici accertati nel 2018 e nel 2019 sarebbe stato dunque possibile chinarsi sulla nuova domanda, circostanza che

però, in specie, il Servizio Medico Regionale, dopo un'attenta, chiara e convincente valutazione specialistica degli atti medici resi dai curanti del ricorrente nel 2020 e nel 2021, non ha ritenuto essere data. È pertanto a giusta ragione che l'amministrazione non è entrata nel merito della nuova richiesta di prestazioni dell'assicurato. Il ricorso va dunque respinto.

2.10. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui 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 nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto, la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico del ricorrente.

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