

TI_GERICHTE 32.2021.114 vom 28. September 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-09-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.114

FR: TI_GERICHTE 32.2021.114 du 28 septembre 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2021.114 del 28 settembre 2021

Erwägungen

E. 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. Nel caso in esame, avendo l'Ufficio AI emanato una decisione di non entrata in materia, questo giudice è unicamente chiamato a stabilire se l'amministrazione ha correttamente oppure no rifiutato di esaminare il merito della nuova domanda di revisione. Infatti, se l'assicurato interpone ricorso contro la decisione di non entrata in materia, il giudice esamina solo se a buon diritto l'amministrazione ha rifiutato di entrare in materia. Se invece ciò che non corrisponde al caso in esame essa ha accettato di esaminare la nuova richiesta, il giudice non si pronuncia sulla questione dell'entrata in materia, ma esamina materialmente se la modifica delle circostanze resa attendibile dall'assicurato è effettivamente avvenuta (SVR 2002 IV Nr. 10 consid. 1b; DTF 116 V 265 consid. 2a; RCC 1991 p. 269 consid. 1a).

Va in ogni modo rilevato che il 1° gennaio 2022, ossia dopo l'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705).

Occorre tuttavia ricordare che per la disamina del diritto a una rendita di invalidità eventualmente già insorto in precedenza, di norma, occorre rifarsi alle regole generali del diritto intertemporale secondo cui sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1, pag. 446 seg. con riferimento a DTF 130 V 329).

In concreto al ricorso contro la decisione emanata il 28 settembre 2021 data che, di principio, delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1) si applicano le norme sostanziali in vigore fino a quel momento. Ogni riferimento alle norme applicabili in concreto, salvo indicazione contraria, va quindi inteso nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021.

2.3 Giusta l'art. 87 cpv. 2 OAI 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. Qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le

condizioni previste nel capoverso 2 (art. 87 cpv. 3 OAI).

Se una richiesta di prestazioni è stata rifiutata, una nuova domanda potrà essere esaminata nel merito solo se l'assicurato rende verosimile una modifica rilevante della situazione di fatto tale da influire sul diritto a prestazioni (DTF 109 V 119 consid.3a; Kieser, *Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, 1999, n. 1006 p. 185; DTF 109 V 262 consid.3, 109 V 108 consid. 3a). Scopo di questo requisito è 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*, 2003, pp. 84ss). 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. p. 4; RCC 1989 p. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. Una 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 p. 38 consid. 1a, 1985 p. 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, secondocui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, non risulta applicabile. Solo se nella nuova domanda di rendita 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).

Va ancora rilevato che per quanto concerne gli art. 87 cpv. 2 e 3 OAI, è sufficiente rendere verosimile un rilevante cambiamento. 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 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; 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012 consid. 2.2 e 2.3; 9C_688/2007 del 22 gennaio 2008; SVR 2002 IV Nr. 10 consid. 1c/aa).

2.4 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 si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (o deve perlomeno far 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 ■ come accennato (cfr. consid. 2.3) ■ 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).

2.5 Nell'ambito dell'esame della prima domanda di prestazioni del maggio 2016, Ufficio AI ha eseguito diversi accertamenti medici, riassunti dal rapporto finale del 27 ottobre 2017 del medico SMR dr. _____, il quale ha posto le seguenti diagnosi invalidanti:

e concluso per un'invalidità lavorativa nell'attività abituale e in attività adatte del 100% dal 15 marzo 2016, del 75% dal 24 ottobre 2016, del 100% dall'11 gennaio 2017, del 75% dal 30 gennaio 2017 e del 100% dal 18 settembre 2017 ■ fino almeno marzo 2018■, mentre che nell'attività casalinga l'invalidità era del 100% dal 15 marzo 2015, del 50% dal 24 ottobre 2016 e nuovamente del 100% dal 18 settembre 2017 (doc. AI pag. 240). Ha quindi osservato che la prognosi era da considerare ■riservata in esiti di quattro interventi chirurgici■, ritenuto che ■per l'autunno 2017 è prevista una revisione chirurgica con spondilodesi L4-L5 ed L5-S1 presso la Clinica _____ di _____, con successiva invalidità lavorativa totale per circa 6 mesi■(doc. AI pag. 241).

Sulla base di queste conclusioni l'amministrazione, mediante decisione del 10 gennaio 2018, ha attribuito all'assicurata una rendita intera di invalidità (dapprima con grado d'invalidità del 71% e quindi del 100%) dal 1. marzo 2017 (doc. AI pag. 254).

Nell'aprile del 2018 l'amministrazione ha avviato una revisione della prestazione. È quindi stata eseguita una perizia pluridisciplinare a cura del _____ il 17 dicembre 2018, la quale, sulla base di consulti specialistici di natura pneumologica, neurologica, psichiatrica, cardiologica e internistica, ha posto le seguenti diagnosi invalidanti:

Ha quindi concluso per un impedimento del 50% in attività su 5 ore per le problematiche neurologiche, una capacità lavorativa nell'attività esercitata quale addetta allo smistamento presso la _____ per 4 ore giornaliere con rendimento del 50% dal 13 agosto 2018, e in un'attività adatta di 6 ore con rendimento ridotto del 20% per motivi reumatologici, e assenza di impedimenti di natura psichiatrica e cardiologica (doc. AI pag. 529).

Tali conclusioni sono state fatte proprie dal medico SMR nel rapporto finale dell'8 gennaio 2019, per il quale l'assicurata andava considerata inabile in misura completa in ogni attività sino al 13 agosto 2018, con recupero dal 14 agosto 2018 di una capacità del 60% in attività adeguate e del 70% come casalinga. Contestualmente il medico SMR ha indicato quali limiti funzionali:

In sede di osservazioni al progetto di decisione del 24 giugno 2019 (con il quale l'amministrazione, ammessi periodi di inabilità dal 14 agosto 2018 del 75% nell'attività abituale di addetta allo smistamento della _____, del 40% in attività adeguata e del 30% come casalinga, aveva prospettato la riduzione della rendita intera a un quarto con grado del 44%; doc. AI pag. 556), valutata la documentazione medica prodotta dall'assicurata, l'amministrazione ha optato per incaricare il _____ dell'esecuzione di una nuova perizia multidisciplinare di decorso, con consulti peritali di

natura internistica, reumatologica, psichiatrica e neurologica. Nella perizia multidisciplinare del 23 ottobre 2020 i periti hanno posto le seguenti diagnosi con ripercussioni sull'abilità lavorativa:

Sono quindi state elencate altre diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa quali, tra l'altro, ■Sindrome del tunnel carpale bilaterale, a ds. netta, a sin. più lieve, Disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, iperlordosi lombare terminale, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare), Decondizionamento e sbilancio muscolare, Sindrome fibromialgica generalizzata, Cardiopatia ipertensiva (), Bradicardia sinusale, Sindrome metabolica (), Diverticolosi del sigma con episodi di diverticolite (2016, 2020), ()■(doc. AI pag. 754). La perizia ha quindi concluso che rispetto alla precedente valutazione del 2018 la situazione era sostanzialmente invariata per quanto riguardava le problematiche reumatologiche e neurologiche, mentre che era intervenuto un peggioramento psichiatrico (con impedimento del 20% in ogni attività dal maggio 2019, momento della prima presa a carico psichiatrica) con l'insorgenza di una sindrome mista ansioso-depressiva nel contesto della sindrome dolorosa cronica. Era inoltre insorta una sindrome del tunnel carpale bilaterale, nel corso del 2019, che tuttavia non aveva influenza sulla capacità lavorativa.

L'■inabilità psichiatrica andava parzialmente a sommarsi alle altre incapacità lavorative rilevate in ambito reumatologico e neurologico, ■portando ad un'incapacità lavorativa globale intesa come svolta sull'arco di 4 ore al giorno con rendimento ridotto del 60% in attività svolta di addetta allo smistamento della posta. In un'attività adeguata, rispettosa dei limiti funzionali indicati dai Consulenti (vedi punto C) vi è una capacità lavorativa di 6 ore con una riduzione del rendimento del 30%. Ciò a partire dal maggio 2019 data della presa a carico psichiatrica, per i restanti periodi valgono le conclusioni della precedente perizia _____■, osservato nondimeno che andava riconosciuta un'incapacità lavorativa totale in concomitanza con il ricovero presso la Clinica _____ di _____ dal 13 luglio al 1. agosto 2020 (doc. AI pag. 760).

Queste conclusioni sono state confermate dal SMR nell'■Annotazione del 27 ottobre 2020, che ha concluso per un'■inabilità lavorativa del 75% dal 14 agosto 2018 e dell'■85% dal maggio 2019 nell'■attività abituale e del 40% rispettivamente 50% in attività adatta. Con nuovo progetto di decisione del 20 novembre 2020 l'■amministrazione ha quindi prospettato la riduzione della prestazione a mezza rendita (doc. AI pag. 930).

In sede di osservazioni a tale progetto di decisione, l'■assicurata ha prodotto nuova documentazione medica (segnatamente un certificato della dr.ssa _____ dell'■11 gennaio 2021 che confermava il persistere di un'■inabilità del 50% dal lato psichiatrico, un certificato generico di inabilità completa dal 23 gennaio al 6 febbraio 2021 del dr. _____, un referto RM del 17 giugno 2020 con presenza di alterazioni degenerative a livello toracolombare e cervicale, un rapporto del dr. _____ di _____ del 9 giugno 2020, rapporto di degenza a _____ dal 13 luglio al 1. agosto 2020, certificato della dr.ssa _____ del 30 novembre 2020 attestante una inabilità del 50% per motivi psichiatrici, un referto TAC all'■addome del 9 luglio 2020 con riscontro di diverticolite a livello del colon, un rapporto del dr. _____ del 26 agosto 2020 con diagnosi di leggera diverticolosi del sigma, un rapporto del dr. _____ del 16 dicembre 2020 con elenco di diagnosi e indicazione a intervento chirurgico al polso destro; doc. AI pag. 930segg), che è stata sottoposta alla valutazione del medico SMR, il quale, nell'■Annotazione del 5 febbraio 2021, ha concluso quanto segue:

Quanto ad un ulteriore certificato del dr. _____ del 23 febbraio 2021 (che riferiva lo stato dopo la degenza riabilitativa a _____ e indicava che era previsto un intervento per sindrome tunnel carpale a destra; doc. AI pag. 943), e al rapporto relativo alla degenza a _____ (doc. AI pag. 945), il medico SMR ha rimandato alla precedente annotazione del 5 febbraio 2021 e precisato il 26 febbraio 2021 che ■dall'attuale ulteriore documentazione non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute■ (doc. AI pag. 951). Mediante decisione dell'11 marzo 2021, l'Amministrazione ha quindi ridotto la rendita a metà, con grado d'invalidità del 53%, con le seguenti motivazioni:

La decisione è cresciuta incontestata in giudicato.

2.6 Mediante l'invio di un rapporto medico del 4 luglio 2021 del dr. _____, internista curante, corredato da altri referti medici, l'assicurata ha fatto sostanzialmente valere un peggioramento delle sue condizioni. Il curante, osservato che l'assicurata ■nel corso del 2021 ha sviluppato un significativo peggioramento delle sue condizioni di salute: presenta dolori severi a livello toracico, con severa limitazione della mobilità della colonna e impossibilità a svolgere lavori pesanti con le braccia, a piegare la schiena e a inginocchiarsi. È impossibilitata a svolgere i lavori di casa per cui si fa aiutare■, con ■forti dolori e limitazione della mobilità a livello della colonna dorsale■, con un'■inabilità lavorativa dal 15 giugno 2021, ha posto le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa:

Egli ha allegato innanzitutto due certificati del dr. _____, chirurgo ortopedico, del 31 maggio 2021 e del 15 giugno 2021, quest'ultimo con la diagnosi di ■Cifosi toracolombare. Stato dopo artrodesi L4-S1■ e la conclusione per cui ■il disturbo attuale della paziente risiede principalmente nella deformità cifotica del transito toracolombare, causante disallineamento spinale con meccanismo di compenso spinale attivo. Ho discusso con la paziente sulle opzioni di trattamento ma nel caso in esame, in presenza di fusione del tratto lombare distale, un trattamento correttivo con tutta probabilità richiederebbe una fusione di tutto il tratto lombare più il tratto toracico prossimale il che comporterebbe una severa limitazione di movimento. Peraltro, la paziente presenta una forma fisica che non suggerisce di prendere in carico il caso sotto il profilo chirurgico in prima battuta. Suggestisco quindi di focalizzarsi sul tentativo di controllo del peso e con la fisioterapia di stabilizzazione del tratto toracolombare■ (doc. AI pag. 997).

Inoltre è stato prodotto un rapporto del dr. _____, neurologo, del 5 febbraio 2021, il quale, poste le diagnosi di ■lombocruralgie bilaterali, a destra predominanti nel territorio L4, a sinistra più diffuse, stato dopo spondilodesi da L4-S1, con decompressione microchirurgica e ulteriore revisione chirurgica successiva, leggera polineuropatia diabetica, compressione cronica dei due nervi mediani nel canale carpale, predominante a destra, esacerbata recentemente a sinistra dopo una distorsione del polso sinistro, in seguito a una caduta■, ha concluso in sostanza consigliando ■di intensificare la fisioterapia, un'ulteriore perdita ponderale oltre di valutare di effettuare l'intervento decompressivo del nervo mediano nel canale carpale■ (doc. AI pag. 999). Il dr. _____, chirurgo della mano, nelle certificazioni del 31 marzo e 15 giugno 2021, ha riferito dal canto suo in merito alla ■compressione significativa del nervo mediano nel canale carpale■ (doc. AI pag. 1002). Infine è stato prodotto il rapporto d'uscita relativo al ricovero dal 13 luglio al 1. agosto 2020 presso la clinica _____ di _____ già agli atti, e un rapporto relativo ad un'artro RM del polso sinistro il 18 febbraio 2021 (doc. AI pag. 1006).

Con annotazione 22 luglio 2021 il dr. _____ del SMR ha osservato:

Con progetto di decisione del 26 luglio 2021 l'amministrazione ha quindi preannunciato la non entrata nel merito nella domanda di prestazioni (doc. AI pag. 1016).

L'assicurata si è opposta al progetto di decisione, producendo nuovi documenti. Innanzitutto ha fatto pervenire scritti del dr. _____ del 3 agosto 2021 (che ha posto la diagnosi di cifosi toracolombare, stato dopo artrodesi L4-S1) e del 9 agosto 2021 al patrocinatore dell'assicurata (con il quale egli ha ribadito la presenza di una deformità vertebrale molto evidente sul profilo sagittale e sottolineato la conseguente disabilità severa con conseguente peggioramento ingravescente dello stato di salute e, di riflesso, notevole impatto sulla abilità lavorative; doc. AI pag. 1029). Ha quindi prodotto il rapporto operatorio del dr. _____, relativo all'esecuzione, in data 27 agosto 2021, della decompressione del nervo mediano nel canale carpale dx con neurolisi per neuropatia compressiva (doc. AI pag. 1030) e uno scritto del dr. _____ del 7 settembre 2021, che ha riferito del citato intervento al tunnel carpale a destra (doc. AI pag. 1031).

Nell'annotazione del SMR del 14 settembre 2021 il dr. _____, valutata tutta la citata documentazione, ha concluso che dall'attuale documentazione non risulta un sostanziale peggioramento dello stato di salute (doc. AI pag. 1035)

Alla luce di queste conclusioni con decisione del 28 settembre 2021 l'amministrazione non è entrata nel merito della nuova domanda, motivando:

2.7. In concreto, tutto ben considerato e sulla base delle pertinenti e approfondite valutazioni del medico SMR, questo giudice deve concludere che l'insorgente non ha reso verosimile l'intervento di una modifica della sua situazione valetudinaria rilevante, ossia tale da incidere sulla capacità lavorativa, rispetto all'ultima decisione formale dell'11 marzo 2021.

In effetti, la domanda di revisione presentata si basa sostanzialmente su documentazione attestante le già note affezioni alla salute, segnatamente quelle concernenti la schiena e i polsi.

Il curante dr. _____, nella sua certificazione del 4 luglio 2021, ha in effetti fatto valere un peggioramento delle condizioni della paziente nel corso del 2021, menzionando i noti dolori livello toracico, con limitazione della mobilità della colonna e impossibilità a svolgere lavori pesanti con le braccia, a piegare la schiena e a inginocchiarsi e elencando le diagnosi che erano già sostanzialmente state messe in evidenza dagli accertamenti eseguiti prima della resa della decisione dell'11 marzo 2021, segnatamente nell'ambito della perizia di decorso del _____ del 23 ottobre 2020. In particolare analoghe limitazioni da rispettare nell'esecuzione di un'attività lavorativa erano state poste non solo dal medico SMR in occasione del rapporto medico dell'8 gennaio 2019, ma appunto anche dalla perizia _____ di decorso del 23 ottobre 2020, sulla base della valutazione reumatologica eseguita dal dr. _____ (doc. AI pag. 528, 755).

Quanto poi alle ulteriori certificazioni prodotte dall'assicurata, a ragione il medico SMR, nell'annotazione del 22 luglio 2021, ha concluso che dalle stesse risultava verosimile un rilevante peggioramento delle condizioni dell'assicurata.

Per quanto innanzitutto riguarda le problematiche alla schiena, la documentazione prodotta descrive in effetti la già nota persistente sindrome lombare cronica, e per quanto riguarda il rachide dorsale non evidenzia una sostanziale modifica rispetto alla valutazione _____.

In effetti, nelle sue certificazioni del 31 maggio e 15 giugno 2021, il dr. _____ non si pronuncia sulla capacità lavorativa, ma si limita a descrivere i disturbi lamentati, da ricondurre principalmente alla ■deformità cifotica del transito toracolombare■, suggerendo non tanto un approccio chirurgico, ma consigliando di concentrarsi piuttosto sul controllo del peso e sulla fisioterapia per stabilizzare il tratto toracolombare (doc. AI pag. 997; cfr. per esteso al consid. 2.6).

Nemmeno dalla certificazione del dr. _____ del 5 febbraio 2021 è possibile evincere un significativo peggioramento delle condizioni dell'assicurata rispetto a quanto approfonditamente appurato prima della resa della decisione del 11 marzo 2021. Il neurologo infatti, dopo aver confermato le già note diagnosi (incluse quelle relative al tunnel carpale), si è limitato a rilevare la presenza di ■una leggera polineuropatia a predominanza sensitiva distale ai membri inferiori■, oltre ad ■un leggero rallentamento anche della conduzione motoria del nervo tibiale posteriore destro■, con reperti che indicavano ■una sofferenza radicolare S1 bilaterale■, in presenza tuttavia di un'attività elettromiografica praticamente normale nel muscolo vasto laterale destro. Nelle sue conclusioni il dr. _____ ha in ogni modo concluso, affermando che ■() sia dal punto di vista clinico, che elettroneuramiografico, non sono presenti deficit importanti, si conferma la presenza di una leggera polineuropatia a predominanza sensitiva ai membri inferiori, che spiega eventualmente le parestesie nei piedi, clinicamente assenza del riflesso patellare destro, eventualmente in rapporto con una sofferenza radicolare piuttosto L4 destra, sofferenze L5-S1 non sono evidenti, nessuna sindrome lombo-vertebrale o cervicovertebrale. Ricordo la problematica a livello dei nervi mediani nei canali carpal, a sinistra eventualmente accentuata recentemente dopo il trauma del polso, che consiglierei di valutare radiologicamente e tener controllato, in previsione di future complicazioni, sia dal punto di vista neurologico, che articolare. Dolori piuttosto pseudoradicolar, legati alle alterazioni statico-degenerative del rachide, reazioni tendomalgiche. Consiglierei di intensificare la fisioterapia, soprattutto in piscina, nei limiti del possibile in questo periodo di pandemia, ho consigliato alla paziente un'ulteriore perdita ponderate. A destra rimane sempre l'indicazione per un intervento decompressivo del nervo mediano nel canale carpale: da tener controllato il sinistro, per possibile peggioramento dopo il recente incidente al polso■ (doc. AI pag. 999). Da tale certificazione, che nemmeno si pronuncia sulla capacità lavorativa dell'assicurata, e, quindi, su eventuali limitazioni della stessa, non si evince in tutta evidenza una sostanziale modifica della situazione che è stata approfonditamente chiarita prima della resa della decisione di riduzione della prestazione dell'11 marzo 2021.

Nemmeno per quanto riguarda la frattura rimediata dall'assicurata alla mano sinistra, evidenziata dal rapporto relativo all'artro RM del polso sinistro eseguita il 18 febbraio 2021, che riferisce di ■Frattura della base del V metacarpo ai margini del campo di studio con coinvolgimento della superficie articolare con l'uncinato e con esteso edema osseo della base e dell'intera diafisi. Rottura dei legamenti scafo-lunati. Aree di bone bruise nel capitato e nell'uncinato■ (doc. AI pag. 1006), è possibile dedurre un verosimile rilevante peggioramento delle condizioni dell'assicurata. Può in effetti in proposito riferirsi a quanto considerato dal medico SMR nella sua Annotazione del 22 luglio 2021 laddove ha affermato che ■l'intercorrente frattura del metacarpo V ha comportato una IL inferiore ai 3 mesi■ (doc. AI pag. 1014).

Infine nemmeno quanto attestato dal dr. _____, chirurgo della mano, nelle certificazioni del 31 marzo e 15 giugno 2021, permette di ammettere un probabile

peggioramento significativo e duraturo. Lo specialista ha in effetti esposto che gli esami predisposti avevano confermato una compressione significativa del nervo mediano nel canale carpale predominante sul lato dx, ragione per cui era pianificato nei mesi estivi un intervento decompressivo in anestesia locale, a destra e in seguito probabilmente anche a sinistra (doc. AI pag. 1002).

Quanto infine al rapporto d'uscita relativo al ricovero dal 13 luglio al 1. agosto 2020 presso la clinica _____ di _____ lo stesso era già stato considerato precedentemente alla resa della decisione di riduzione della rendita dell'11 marzo 2021.

Tutto ben considerato quindi a ragione il dr. _____, nella sua Annotazione del 22 luglio 2021, ha concluso che la documentazione prodotta con la richiesta di revisione non documentava una sostanziale modifica rispetto alla valutazione _____ eseguita il 23 ottobre 2020 (doc. AI pag. 1014).

Del resto, nemmeno quanto prodotto dall'assicurata in sede di osservazioni al progetto di decisione di non entrata nel merito del 26 luglio 2021 (doc. AI pag. 1016) permette diversa conclusione.

Quanto innanzitutto alla problematica al tunnel carpale, l'assicurata ha prodotto il rapporto operatorio del dr. _____, relativo all'esecuzione, il 27 agosto 2021, della decompressione del nervo mediano nel canale carpale dx con neurolisi per neuropatia compressiva (doc. AI pag. 1030). Nel suo rapporto del 7 settembre 2021 il dr. _____, internista curante, ha riferito di tale intervento al polso destro, con la precisazione che nell'immediato decorso postoperatorio ha sviluppato una lassità e disturbo di cicatrizzazione alla ferita, per cui in data 2 settembre, oltre all'immobilizzazione con stecca ordinata dal chirurgo, ho prescritto un trattamento antisettico e cicatrizzante locale. Al controllo odierno la ferita si sta chiudendo per secundam intentionem (doc. AI pag. 1031). Ora, in merito il medico SMR, nella sua annotazione del 14 settembre 2021, ha con pertinenza affermato che per quanto concerne l'intervento per tunnel carpale il decorso risulta leggermente protratto per ritardo di cicatrizzazione. Siamo però lontani da una IL di > 3 mesi. (doc. AI pag. 1035).

A tale conclusione questo giudice deve aderire, l'esecuzione del menzionato intervento non rappresentando una modifica sostanziale della situazione valetudinaria dell'assicurata, comportante una significativa e durevole riduzione ulteriore della sua capacità lavorativa, osservato peraltro come la problematica relativa alla sindrome del tunnel carpale fosse già stata evidenziata, quale affezione senza influsso sulla capacità lavorativa, dal _____ nella perizia multidisciplinare del 23 ottobre 2020 (doc. AI pag. 754; cfr. sopra al consid. 2.5).

Infine, nemmeno le più recenti certificazioni del rapporto del dr. _____ documentano una verosimile sostanziale modifica delle condizioni valetudinarie.

Nel rapporto del 3 agosto 2021 (che ha posto la diagnosi di cifosi toracolombare, stato dopo artrodesi L4-S1) lo specialista ha rilevato che la paziente lamentava chiari sintomi ascrivibili a deformità cifotica toracolombare in trattamento conservativo, ossia fisioterapia, astensione da carichi e sforzi fisici, rilevando nondimeno che nelle condizioni attuali e quindi in assenza di sovraccarico funzionale i sintomi sono accettabili, seppur presenti e con necessità di occasionale assunzione di antinfiammatori, e che in ogni modo attività gravate da carichi e sforzi, posizioni statiche prolungate o posture inadeguate non possono

far altro che peggiorare la situazione con rischi di prolungati periodi di disabilità (doc. AI pag. 1028). Nello scritto alla RA 1 del 9 agosto 2021 al patrocinatore dell'assicurata il medesimo neurochirurgo curante, ha osservato che al di là dell'intervento spinale ricevuto nel 2017 e con buon risultato, la paziente presenta una deformità vertebrale molto evidente sul profilo sagittale (cifosi del tratto toracolombare misurabile in 30° - normale 0°). Questo riscontro è da intendersi quale problematica spinale ulteriore, da un certo punto di vista disgiunta dai disturbi che l'hanno poi portata a ricevere l'intervento di fusione vertebrale nel 2017, e che rende ragione a tutti gli effetti per una disabilità severa con conseguente peggioramento ingravescente dello stato di salute e, di riflesso, notevole impatto sulla abilità lavorative (il dolore lamentato dalla paziente è infatti in regione dorsale, dove è localizzata la deformità); doc. AI pag. 1029).

Ora, tutto ben considerato e approfondito, nell'annotazione del SMR del 14 settembre 2021 il dr. _____, ha affermato in proposito:

A tale conclusione, tratta sulla base di un'attenta valutazione medica, questo Tribunale deve aderire. Come correttamente evidenziato dall'amministrazione, le certificazioni del neurochirurgo curante non riportano in effetti alcun fatto medico nuovo rispettivamente modificazioni significative di fatti noti e già precedentemente valutati dal medico SMR, rispettivamente non rendono verosimile un peggioramento duraturo delle condizioni dell'assicurata e di conseguenza della sua capacità lavorativa, successivamente alla decisione di riduzione della rendita del 11 marzo 2021, con la quale, sulla base dell'approfondita valutazione esperita in sede di perizia, era stata stabilita in modo vincolante - un'invalidità lavorativa dal maggio 2019 dell'85% nella precedente attività, del 50% in attività adeguate e del 30% come casalinga.

Il curante non espone in effetti concretamente in che misura e in che modo le patologie elencate influirebbero sulla capacità lavorativa dell'assicurata rispettivamente in che misura lo farebbero in maniera diversa da quanto diffusamente valutato nell'ambito della decisione del marzo 2021, sulla base dell'approfondita perizia multidisciplinare del _____. Del resto egli ha affermato che nelle condizioni attuali e quindi in assenza di sovraccarico funzionale i sintomi sono accettabili sottolineando la necessità di evitare attività gravate da carichi e sforzi, posizioni statiche prolungate o posture inadeguate (), limitazioni queste che del resto rientrano ampiamente nell'elenco delle limitazioni funzionali da osservare in ambito neurologico e reumatologico inserito nella perizia _____ del 23 ottobre 2020 (doc. AI pag. 755).

Questo giudice - attentamente vagliato insieme degli atti medici - non ha quindi motivo di distanziarsi dall'apprezzamento del medico SMR per il quale la documentazione prodotta dall'assicurata non permette di ipotizzare verosimile l'intervento di una rilevante modifica del suo stato di salute.

Giova del resto ricordare 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 LPGA - 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 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).

Non va del resto neppure dimenticato un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STF U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid.4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). In ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può quindi di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STF I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2).

Ricordato pure il principio per cui quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente (in concreto il provvedimento dell'11 marzo 2021), tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezza la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato (cfr. STF 8C -716/2011 del 5 gennaio 2012 e riferimenti), in conclusione, non essendo stata resa verosimile, prima della resa del querelato provvedimento del 28 settembre 2021, una notevole modifica nelle condizioni di salute dell'assicurata nell'ambito della procedura amministrativa avviata mediante la domanda di revisione del luglio 2021 (ossia a soli 4 mesi dal precedente provvedimento cresciuto in giudicato, dell'11 marzo 2021), secondo questo giudice giustamente l'Ufficio AI non è entrato nel merito della nuova richiesta di prestazioni.

Ora, come dianzi anticipato (consid. 2.3), e come osservato dall'Ufficio AI nella risposta di causa (III), secondo la giurisprudenza, nell'ambito di 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.

Infatti, con sentenza 8C_457/2012 del 9 luglio 2012 il TF 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 far 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 (STF 8C_457/2012 del 9 luglio 2012, consid. 3.2).

Nel caso giudicato dall'Alta Corte si trattava di un assicurato al quale, con sentenza 6 gennaio 2005, era stato riconosciuto il diritto a una mezza rendita dal 1° marzo 2004 e che il 19 febbraio 2008 aveva inoltrato una nuova domanda, respinta dall'amministrazione il 19 maggio 2008 perché non aveva reso verosimile nessuna modifica rilevante per il diritto alle

prestazioni. Il TF ha giudicato corretto l'agire del tribunale cantonale che non aveva preso in considerazione un certificato medico 31 gennaio 2008 prodotto dall'assicurato solo in sede di ricorso, considerato come l'interessato non avesse prodotto certificati medici attuali né con la domanda di revisione del febbraio 2008, né nel termine assegnatogli dall'amministrazione, cosicché non era stata sufficientemente comprovata una modifica delle circostanze di fatto successiva all'ultimo esame materiale dei suoi diritti avvenuto nel gennaio 2005.

Mediante la pronuncia I 734/05 dell'8 marzo 2006, citata nella succitata pronuncia del 15 aprile 2010 (cfr. anche STF 8C_196/2008 del 5 giugno 2008), il TF 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 alle 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, 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.

Nella fattispecie, la documentazione prodotta dall'assicurata con il ricorso e, quindi, tardivamente, non può quindi modificare l'esito della presente vertenza. Sia inoltre osservato che la stessa riferisce in ogni modo di un'inabilità lavorativa, ma non motiva tale attestazione.

La stessa, unitamente ad eventuale altra documentazione medica che sostanzi l'effettivo intervento di un peggioramento duraturo delle condizioni dell'assicurata, tale da influire sulla capacità lavorativa (che in occasione della decisione di riduzione della rendita del 11 marzo 2021 era stata giudicata del 15% nella precedente attività, del 50% in attività adeguate e del 70% come casalinga), potrà se del caso essere riproposta all'amministrazione quale nuova domanda di revisione.

Infine, va solo osservato che quanto alla richiesta ricorsuale di attribuzione di una rendita intera, la stessa risulta irricevibile poiché, come ricordato sopra (consid. 2.2), se l'assicurato interpone ricorso contro una decisione di non entrata in materia, il giudice esamina solo se a buon diritto l'amministrazione ha rifiutato di entrare in materia, ma non esamina materialmente l'effettivo diritto a prestazioni (SVR 2002 IV Nr. 10 consid. 1b; DTF 116 V 265 consid. 2a; RCC 1991 pag. 269 consid. 1a).

Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e 1bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF

9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008).

Visto l'esito della vertenza, le spese di fr. 500 sono poste a carico della ricorrente.

dichiara e pronuncia

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il vicepresidente

La segretaria

giudice Raffaele Guffi

Stefania Cagni

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