

TI_GERICHTE 32.2021.20 vom 23. November 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-11-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.20

FR: TI_GERICHTE 32.2021.20 du 23 novembre 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2021.20 del 23 novembre 2020

Regeste

Non entrata in materia su terza domanda di assegno per grandi invalidi. Rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato in cui nel 2018 SMR ha valutato lo stato di salute dell'assicurata non è stato reso verosimile nel 2020 un notevole peggioramento delle condizioni di salute

Erwägungen

E. 30

LPGA. L'amministrazione non era quindi legittimata ad inviare all'assicurata lo scritto del 13 gennaio 2021 con cui, anche dopo avere sentito nuovamente il Servizio Medico Regionale, ha ribadito la sua posizione. Di conseguenza, il ricorso formulato dall'avv. RA 1 il 15 febbraio 2021 (doc. II) deve essere considerato come un complemento al memoriale ricorsuale del 7 gennaio 2021 con cui l'assicurata ha validamente contestato la decisione del 23 novembre 2020, l'unica impugnabile e che è oggetto del ricorso. nel merito 2.4. 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 nell'ottobre 2020. 2.5. 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; 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). 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). 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. 2.6. Nella fattispecie in esame, con decisione del 25 luglio 1996 l'Ufficio AI ha riconosciuto che dal settembre 1995 l'assicurata aveva diritto a una rendita intera di invalidità con grado AI del 70% per disturbi psichici. Il 14 settembre 2016 l'interessata ha inoltrato una domanda per un assegno per grandi invalidi per un'ernia, che l'Ufficio AI ha respinto il 28 novembre 2016 dopo avere sentito il parere del dottor _____ dell'SMR. Questa decisione è cresciuta incontestata in giudicato. Una nuova domanda AGI è stata riproposta il 12 luglio 2017 per difficoltà a vestirsi e a lavarsi per la parte sottostante il ginocchio, ma non ritenendo che la situazione descritta dal medico curante fosse in grado di giustificare la necessità dell'aiuto di terzi per questi due atti ordinari della vita, il dr. med. _____ si è riconfermato nella sua precedente presa di posizione del 10 ottobre 2016. Il progetto di decisione dell'8 maggio 2018 di rifiuto dell'assegno per grandi invalidi è stato oggetto di osservazioni accompagnate da documentazione medica, che è stata attentamente esaminata dallo stesso dr. _____ il 27 giugno 2018. Sulla base del suo parere, con decisione del 4 luglio 2018 l'Ufficio AI ha confermato il rifiuto dell'AGI e anche questa decisione non è stata impugnata ulteriormente dall'interessata. La terza richiesta formulata dalla ricorrente il 2 ottobre 2020 per un assegno per grandi invalidi non era accompagnata da nuova documentazione medica, perciò l'amministrazione ha emanato subito un progetto di decisione di non entrata in materia. Nel termine entro cui formulare le proprie osservazioni al progetto di decisione, la dr.ssa med. _____ ha sostanziato lo stato di salute dell'assicurata trasmettendo all'Ufficio AI il referto del 30 ottobre 2020 (doc. A5) che espone una lunga lista di diagnosi prettamente in ambito cardiologico, ortopedico/reumatologico e polmonare. La curante si è infine così espressa al riguardo: " Vi prego di voler rivalutare la richiesta per assegno di grandi invalidi della sopramenzionata paziente che presenta un peggioramento dello stato di salute dal 2018. La paziente ha una malattia coronarica monovasale in stato dopo trattamento cardiocirurgico e presenta inoltre una sindrome panvertebrale che con documentate protusioni erniarie a plurimi livelli che pregiudicano una postura eretta e/o supina per lungo tempo, imponendo alla paziente trattamenti analgici perorari e fisioterapia. La paziente inoltre presenta una BPCO asmaticiforme con un enfisema polmonare e recentemente è stato diagnosticato un nodulo polmonare in fase di studio. Dal mio punto di vista la paziente presenta plurime motivazioni per richiedere un assegno grandi invalidi non potendo effettuare multiple attività quotidiane per le patologie che la affliggono. La paziente è limitata fortemente nei movimenti e presenta forti dolori resistenti alla terapia farmacologica.". La dottoressa ha infine indicato la terapia farmacologica in atto (Aerius, Aspirine Cardio, Plavix, Inegy, Pantozol, Maltofer, Temesta Expidet, Dymista Spray nasal, Relvar Ellipta). Questo referto è stato sottoposto al Servizio Medico Regionale e il 4 novembre 2020 il dr. med. _____ si è pronunciato come segue: " La malattia coronarica monovasale trattata con PTCA/3 stent ha risolto la condizione di ischemia miocardica già sospettata con la prova da sforzo effettuata a Maggio 2020. L'FE dell'assicurata è adesso del 59% - valore praticamente normale - e pertanto non determina alcuno scadimento dell'autonomia nelle ADL. Per quello che riguarda la situazione ortopedica, non vi sono elementi semeiologici obiettivi che dimostrano il sostenuto peggioramento sugli aspetti funzionali e dell'autonomia dell'assicurata rispetto a quanto valutato in precedenza dal Dr. med. _____. Ancora, la BPCO con l'associato enfisema polmonare necessita di una stadiazione e di una valutazione cicloergospirometrica atta a definirne entità e ripercussioni funzionali. Infine, il nodulo polmonare in fase di studio non costituisce entità nosologica codificata e al momento non può essere preso in considerazione come patologia avente influsso sull'autonomia dell'assicurata. Entrata in

materia per AGI non giustificata.". Con il ricorso formulato il 15 febbraio 2021 l'assicurata ha prodotto alcuni certificati medici. La lettera d'uscita del 15 settembre 2020 (doc. A3) riferiva della degenza di due giorni presso la _____ per l'esecuzione di una coronarografia, che ha mostrato la presenza di malattia coronarica monovasale con presenza di stenosi 70-90% sulla coronaria destra prossimale e media, trattata con impianto di tre stent medicati senza complicazioni. Il certificato del 18 settembre 2020 (doc. A4) della dr.ssa med. _____ segnalava una Tenosinovialite di de Quervain importante più a destra che a sinistra con disturbi residuali di una sindrome del tunnel carpale bilaterale; una importante sindrome lombospondilogenica cronica su importanti discopatie con protusioni erniarie a più livelli, soprattutto L4-L5 e L5-S1, con un conflitto con la radice L5 destra che condizionava frequenti blocchi lombari e conseguenti difficoltà motorie; una sindrome spondilogenica cronica con una lieve discopatia C2-C6 senza protusioni che provocava però dolore e a volte bloccava il livello cervicale; BPCO e malattia coronarica monovasale. Questo quadro clinico complesso era compatibile, secondo il medico curante, con la necessità di un aiuto domestico per le faccende quotidiane multiple. Infine, il referto dell'8 ottobre 2020 (doc. A2) steso dal dr. med. _____, specialista in allergologia, immunologia clinica e medicina interna, concerneva i test allergologici cutanei effettuati per capire l'origine della rinocongiuntivite stagionale lamentata dall'assicurata, provocata dai pollini di graminacee. Il ricorso stesso del 7 gennaio 2021 (docc. A7 e I) della dr.ssa _____ si pronuncia sullo stato di salute dell'assicurata, ricordando la presenza di una BPCO asmatiforme con riscontro nel luglio 2020 di un enfisema polmonare di tipo parasettale e di un incremento della densità polmonare in sede subpleurica ai lobi inferiori; un disturbo posturale valutato nel luglio 2020 che documentava una disfunzione segmentaria L5-S1 e L4-L5 e marcata insufficienza di sostegno su note discopatie con protrusioni erniarie a plurimi livelli lombari. Quest'ultima patologia comportava all'interessata dei dolori cronici a livello lombare che poi si ripercuotevano anche a livello cervicale e con difficoltà nelle attività quotidiane come sollevare dei pesi, sollevare gli arti e quindi la limitavano in maniera significativa nelle proprie attività giornaliere. La coronarografia di settembre 2020 ha infine rilevato una malattia coronarica monovasale trattata. La dottoressa ha concluso il suo ricorso rilevando che l'assicurata era quindi molto fragile e che con queste difficoltà e patologie non ha una qualità di vita decente. Il 12 gennaio 2021 il dr. _____ si è pronunciato sul rapporto di cinque giorni prima della collega _____, rilevando che esso non apportava novità diagnostiche e di decorso tali da giustificare una rivalutazione del caso. Pertanto, egli ha rinviato alla sua precedente presa di posizione del 2 luglio 2018. Per quanto concerneva la disfunzione segmentaria L4-L5 e L5-S1 e marcata insufficienza di sostegno su note discopatie con protrusioni erniarie a plurimi livelli lombari non rendeva conto di limitazioni dell'autonomia nelle attività domestiche. Oltretutto, per il medico SMR, non si evinceva alcuna presa a carico neurochirurgica o da parte di un centro di terapia del dolore che avrebbe potuto offrire elementi clinici nuovi meritevoli di rivalutazione. L'entrata in materia non era perciò giustificata. 2.7. 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 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 (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. 2.8. Il certificato medico del 30 ottobre 2020 della dottoressa _____ trasmesso correttamente all'amministrazione, anche se non direttamente con la nuova richiesta di prestazioni, ma con le osservazioni al progetto di decisione di non entrata in materia proprio per assenza di documentazione medica attestante il peggioramento, ha riferito delle condizioni di salute della ricorrente esponendo una serie di patologie pregresse e attuali di carattere somatico presenti in vari ambiti. Il dr. med. _____ si è espresso sulle patologie maggiori riassunte nella valutazione della collega. Egli ha in particolare analizzato la problematica cardiologica ritenendola risolta dopo l'impianto di 3 stent, visto che la frazione di eiezione era tornata a un valore normale e quindi non era atta a limitare la ricorrente nell'esecuzione degli atti ordinari della vita. Per quanto concerne la questione ortopedica obiettata dalla curante con la sindrome lombospondilogenica cronica, la sindrome cervicospondilogenica cronica e la tenosinovialite de Quervain, il medico SMR ha rilevato che non v'erano elementi semeiologici obiettivi che dimostravano che c'era stato un peggioramento degli aspetti funzionali e dell'autonomia dell'assicurata rispetto a quanto già valutato dal dr. med. _____ tre anni prima. Al riguardo il TCA osserva che in occasione della seconda domanda per un assegno per grandi invalidi, l'interessata aveva prodotto diversa documentazione medica che era stata valutata nel dettaglio dal dottor _____ il 27

giugno 2018 (doc. 103). Egli aveva attentamente esaminato i referti del dr. med. _____ del 2016 e del 2017, rilevando che l'esame clinico effettuato dallo specialista aveva riscontrato che la mobilità coxo-femorale nell'insieme era conservata, le articolazioni coxo-femorali erano libere e indolenti e non era presente alcun disturbo alla sollecitazione delle sincondrosi sacro-iliache. Grazie all'infiltrazione, l'irradiazione algica lungo l'arto inferiore sinistro era praticamente scomparsa nel marzo 2017, non v'era alcuna contrattura muscolare di rilievo e la distanza dita-suolo era di 0 cm; l'assicurata era in grado di camminare per 5 km al giorno. V'era quindi stata una buona regressione della sintomatologia algica lamentata e gli esami strumentali eseguiti a fine giugno 2017 avevano rilevato una iniziale ipercifosi del rachide dorsale con minima sofferenza degenerativa dei dischi al fulcro. Sulla scorta di queste considerazioni, il dr. _____ ha concluso che se la distanza dita-suolo era di 0 cm e la mobilità delle anche era libera e indolente, allora l'assicurata era perfettamente in grado di piegarsi per allacciare le scarpe così come di provvedere alla propria igiene personale dal ginocchio in giù, atti ordinari della vita che nella sua domanda del 2017 essa aveva lamentato di non riuscire più a compiere. Non erano inoltre stati riscontrati deficit motori di alcun genere, alcuna diminuzione della forza e della resistenza muscolare, né il sospetto clinico di una patologia infiammatoria o degenerativa del nevrasse. Le diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronica su discopatie con protrusioni erniarie a livello L4-L5 e L5-S1 e conflitto con la radice L5 a destra, disfunzione segmentaria L5-S1 in EDD L4-L5 e L5-S1 associata ad alterazioni posturali e marcata insufficienza di sostegno, esiti da infiltrazione in corrispondenza della radice L5 e di sindrome cervicospondilogenica cronica su discopatia lieve C2-C6, non protrusioni, artropatia degenerativa ipertrofica e infiammatoria delle faccette C7-D1 sinistra in esiti da infiltrazione selettiva della faccetta C7-D1 a sinistra, non sono dunque state ritenute dall'SMR come indicanti un quadro peggiorativo rispetto a quello appena descritto e che è determinante per verificare la non corretta entrata in materia da parte dell'amministrazione. Va qui infatti ricordato all'assicurata che, contrariamente a quanto sostenuto nel suo complemento ricorsuale del 15 febbraio 2021, 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). Sulla base delle considerazioni espresse dal dottor _____, che risultano chiare e non contraddittorie, paragonando lo stato di salute dell'insorgente certificata dai medici curanti e dall'SMR il 27 giugno 2018 con le patologie diagnosticate il 30 ottobre 2020 dalla dr.ssa med. _____ e valutate dal Servizio Medico Regionale il 4 novembre 2020, non è possibile constatare un notevole peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurata. Infatti, la sostanza delle cose non è notevolmente mutata, se non addirittura migliorata, come l'aspetto cardiologico. Anche la questione della BPCO asmatiforme ed enfisema polmonare diagnosticata dalla

curante è stata analizzata dal dr. med. _____, secondo cui le informazioni al riguardo erano scarse e per capirne l'entità e le ripercussioni funzionali erano necessarie una stadiazione e una valutazione cicloergo-spirometrica, di cui non v'è traccia di una loro esecuzione. Quanto al nodulo polmonare recentemente diagnosticato, proprio perché era in fase di studio l'SMR ha osservato che come tale non poteva essere considerato come una patologia avente influsso sull'autonomia dell'assicurata nei lavori domestici. Anche il certificato del 7 gennaio 2021 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. Come ha evidenziato sempre il dottor _____ nel suo recente parere del 12 gennaio 2021, i disturbi al rachide non hanno segnalato delle limitazioni dell'autonomia dell'assicurata nello svolgimento degli atti ordinari della vita, ma unicamente il manifestarsi di dolori cronici a livello lombare che si ripercuotevano a livello cervicale e che poi, essi, rendevano difficoltose le attività quotidiane come sollevare gli arti e i pesi. Non sono inoltre state effettuate delle visite da parte di un neurochirurgo o di un centro di terapia del dolore che potrebbero suffragare la teoria che la situazione era a tal punto grave da dovere richiedere l'aiuto regolare e notevole di terzi per gli atti ordinari della vita indicati dalla ricorrente. 2.9. In conclusione, non è stato reso verosimile che la situazione che è stata clinicamente accertata nell'ottobre 2020 al momento di inoltrare l'attuale domanda è notevolmente peggiorata rispetto al quadro clinico rilevato a metà 2018 in occasione della seconda richiesta di un AGI, che ha portato al rifiuto della prestazione con decisione del 4 luglio 2018 cresciuta in giudicato. La tesi ricorsuale di paragonare lo stato di salute accertato in occasione dell'ultima domanda con quello esistente al momento della prima richiesta del 2016, vanificherebbe lo scopo della revisione di cui all'art. 87 OAI. Non è infatti possibile rivedere ogni volta l'intera situazione sin dall'inizio, perché altrimenti ci si continuerebbe a pronunciare sulle medesime questioni risolte in precedenza e ormai cresciute in giudicato. Occorre perciò fare astrazione di quanto occorso in passato e verificare l'evolversi della situazione dall'ultima decisione cresciuta in giudicato. Solo in presenza di un peggioramento in misura rilevante degli elementi clinici accertati nel 2018 è possibile chinarsi sulla nuova domanda, circostanza che però, in specie, il Servizio Medico Regionale, dopo un'attenta, chiara e convincente valutazione degli atti medici resi nel 2020, non ha ritenuto essere data. È pertanto a giusta ragione che l'amministrazione non è entrata nel merito della nuova richiesta di prestazioni dell'assicurata. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (in virtù della disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA a contrario in combinazione con gli art. 61 lett. a e fbis LPGA, anch'essi 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 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 della ricorrente.

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