

TI_GERICHTE 32.2017.115 vom 13. Juni 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-06-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.115

FR: TI_GERICHTE 32.2017.115 du 13 juin 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.115 del 13 giugno 2017

Regeste

Assicurata già al beneficio di una rendita intera per un lasso di tempo determinato, inoltra una nuova domanda di prestazioni. L'amministrazione non entra nel merito della stessa in assenza di elementi probatori. TCA conferma

Erwägungen

E. 3

) . 2.5. Nel caso in esame, con decisione del 16 maggio 2013 l'amministrazione aveva inizialmente negato alla ricorrente le prestazioni AI in relazione ai postumi dell'infortunio della circolazione subito il 18 ottobre 2010, nel quale aveva riportato ferite al ginocchio sinistro e alla mano destra. In quella sede l'amministrazione si era basata essenzialmente sulle certificazioni dei medici curanti e sugli atti della _____. In particolare l'assicurata era stata valutata dal dr. _____, chirurgo ortopedico medico di circondario della _____, il quale, poste le diagnosi di: " (...) DIAGNOSI Stato da caduta con la motocicletta e frattura del piatto tibiale mediale e laterale a sinistra e frattura sottocapitata del V metacarpo a destra come pure schiacciamento del polpastrello al V dito a destra. Stato da osteosintesi del piatto tibiale mediale e laterale a sinistra e osteosintesi con filo di Kirschner del V metacarpo destro il 26.10.2010. Stato da rimozione del filo di Kirschner il 22.12.2010. Stato da correzione del polpastrello al V dito della mano destra l'11.5.2011. (...)” in occasione della visita medica di chiusura del 9 novembre 2011, aveva concluso " Esigibilità del lavoro: l'assicurata non ha limiti nel sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, può spesso sollevare e portare pesi dai 5 ai 10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado pesi dai 10 ai 25, mai più pesi superiori ai 25 kg. L'assicurata non ha limiti nel sollevare pesi fino a 5 kg oltre l'altezza del petto e può molto spesso sollevare pesi superiori ai 5 kg oltre l'altezza del petto. L'assicurata non ha limitazioni nell'uso di attrezzi leggeri di precisione, può spesso maneggiare attrezzi di media entità, non può più maneggiare attrezzi pesanti o molto pesanti, la rotazione manuale non è impedita. L'assicurata non ha limitazioni nell'effettuare lavori al di sopra della testa, non ha limitazioni nell'effettuare la rotazione del tronco e non ha limitazioni nell'assumere la posizione seduta e inclinata in avanti, essa può spesso assumere la posizione in piedi e inclinata in avanti, di rado la posizione inginocchiata e di rado effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurata non ha limitazioni nell'assumere la posizione seduta di lunga durata, può spesso assumere la posizione in piedi di lunga durata L'assicurata non ha limitazioni nel camminare fino a 50 metri, può spesso camminare oltre 50 metri, talvolta per lunghi tragitti, può di rado camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale e talvolta salire le scale a pioli. (...)” (doc. AI 96) La _____ aveva quindi fatto effettuare ulteriori valutazioni specialistiche, sulla base delle quali, in sede di visita circondariale 17 gennaio 2013, confermate le diagnosi poste in occasione della visita 9 novembre 2011, aveva

concluso: " (...) oggettivamente persiste una difficoltà nell'accovacciarsi e nell'inginocchiarsi, persiste il modico deficit di estensione al ginocchio sinistro e la modica atrofia muscolare, il ginocchio risulta come essere stabile, al momento le cartilagini articolari sono conservate. (...) Aspetti medico-assicurativi: Lo stato dell'assicurata è praticamente sovrapponibile a quanto valutato in occasione della visita medico-circondariale effettuata l'11.11.2011 per cui l'esigibilità del lavoro espressa non deve essere modificata. Visti i problemi peri-rotulei persistenti vi è però un danno permanente che deve essere quantificato e valutato come simile a quello che può esserci in caso di artrosi femoro-patellare di entità da lieve a media. Al momento invece non vi sono chiari segni per un'artrosi femoro-tibiale per cui a questo livello non si può concedere una indennità per menomazione dell'integrità. I problemi peri-rotulei quantificati in data odierna non sono comunque suscettibili di modificare l'esigibilità del lavoro espressa nel novembre 2011 in quanto già allora si erano limitate fortemente le azioni e le funzioni che mettevano fortemente sotto pressione l'articolazione femoro-rotulea (poteva e può inginocchiarsi di rado e poteva e può effettuare di rado la flessione delle ginocchia). L'IMI verrà quantificata a mezzo di apprezzamento separato." (doc. AI 122) Alla luce di queste conclusioni l'Ufficio AI, interpellato il consulente professionale (il quale aveva determinato una conseguente perdita di guadagno del 18%, doc. AI 42), con la decisione del 16 maggio 2013 aveva respinto la richiesta di prestazioni, ritenendo giustificato il riconoscimento di una totale incapacità di lavoro in ogni attività soltanto dal 18 ottobre 2010 al 29 giugno 2011, mentre che in seguito, pur persistendo una totale inabilità nella professione esercitata in Posta, bisognava ammettere una completa capacità lavorativa in attività adeguate con un conseguente grado di invalidità del 18% dal 30 giugno 2011 (doc. AI 52). Detta decisione, contestata dall'interessata, è quindi stata modificata da questo TCA, dopo nuova valutazione degli atti della SUVA e del parere del SMR, nel senso che andava ammessa un'inabilità lavorativa dal 4 gennaio 2012 al 16 gennaio 2013 in relazione all'intervento di asportazione del materiale di osteosintesi nel gennaio 2012 e, quindi, riconosciuta una rendita di invalidità transitoria dal 1. aprile 2012 al 30 aprile 2013 (cfr. STCA 32.2013.112 del 17 dicembre 2013). Una successiva richiesta di riesame del 14 gennaio 2014 è stata accolta dall'amministrazione con decisione del 14 novembre 2014 (e decisione di riconsiderazione del 29 agosto 2016, doc. AI 113), con la quale, riconosciuto un peggioramento momentaneo, all'assicurata è stata attribuita una rendita intera anche per i mesi da febbraio ad agosto 2014 (doc. AI 112 e 113). L'assicurata ha quindi presentato un'ulteriore domanda di prestazioni in data 28 novembre 2016, limitandosi, per quanto riguarda il danno alla salute, a notificare un ulteriore aggravamento dello stato di salute, segnatamente al ginocchio sinistro oltre alla sfera psichica, producendo un certificato del 17 ottobre 2016 relativo ad una visita presso il servizio di ortopedia dell'ospedale di _____ (doc. AI 117). Con tale certificazione il dr. _____, ortopedico, ha riferito che l'esame al ginocchio sinistro evidenziava: " (...) cicatrici regolari, articolazione è stabile con deficit di estensione di circa 5-10 gradi, negativi i test meniscali mediali, lieve ipotrofia del quadricipite, deambulazione in carico completo senza deficit, test mono-podalico negativo, test salto negativo. Test rotulei positivi. conclusioni: condropatia ginocchio sinistro in esiti di grave frattura si prescrive: ciclo di infiltrazioni ginocchio sinistro, fisioterapia per il mantenimento ed il recupero dell'estensione articolare." Sulla base dell'esame di tale certificazione da parte del SMR, l'amministrazione ha statuito la non entrata nel merito della nuova domanda con progetto di decisione del 31 marzo 2017 (doc. AI 119). A tale progetto si è opposta l'assicurata, tramite la sua patrocinatrice, preannunciando l'invio di

altra documentazione medica atta a comprovare un'inabilità del 50% (doc. AI 120). L'Ufficio AI, dopo aver invitato - senza esito - l'assicurata, tramite l'RA 1, a produrre la preannunciata documentazione entro il 9 giugno 2017 (doc. AI 121), mediante decisione del 13 giugno 2017 ha confermato la non entrata nel merito della domanda, in assenza di atti medici oggettivanti un peggioramento dello stato di salute con patologie invalidanti. Con il proprio ricorso l'assicurata, tramite il suo rappresentante, ha prodotto uno scritto dell'11 luglio 2017 del dr. _____, psichiatra, affermate: " Con la presente si certifica che la paziente succitata è in trattamento psichiatrico e psicoterapeutico presso il sottoscritto Dr. _____ e la collega _____ " (doc. D). 2.6. Nel caso in esame, all'assunto dell'amministrazione secondo cui la modifica delle condizioni di salute non è stata resa verosimile nell'ambito della procedura amministrativa, quindi prima dell'emanazione del querelato provvedimento, deve essere prestata adesione. In effetti va rilevato che in fase amministrativa l'assicurata ha presentato la sua nuova domanda di prestazioni il 28 novembre 2016 senza allegare documentazione rilevante. In effetti ella si è limitata a segnalare un ulteriore aggravamento dello stato di salute, producendo un certificato del 17 ottobre 2016 relativo ad una visita presso il servizio di ortopedia dell'ospedale di _____ (doc. AI 117). Con tale certificazione il dr. _____, ortopedico, ha soltanto riferito dell'esame effettuato al ginocchio sinistro evidenziante cicatrici regolari, articolare stabile, " negativi i test meniscali mediali, lieve ipotrofia del quadricipite, deambulazione in carico completo senza deficit, test mono-podalico negativo, test salto negativo. Test rotulei positivi ". Lo specialista ha quindi concluso per la diagnosi di " condropatia ginocchio sinistro in esiti di grave frattura" , non attestando alcuna inabilità lavorativa, ma limitandosi a prescrivere un ciclo di tre infiltrazioni ginocchio sinistro e fisioterapia per il mantenimento ed il recupero dell'estensione articolare (doc. AI 115). A ragione l'amministrazione ha concluso che sulla base di tale documento medico, che non attestava un'inabilità lavorativa, foss'anche minima, né descriveva un quadro clinico compatibile con un'incapacità lavorativa, non era possibile entrare nel merito della nuova domanda di prestazioni. Tale certificato non lascia in altre parole trasparire una modifica delle circostanze di fatto successiva all'ultimo esame materiale dei diritti della richiedente avvenuto nell'ambito delle precedenti decisioni. A tale progetto si è opposta l'assicurata, tramite la sua patrocinatrice, preannunciando l'invio di altra documentazione medica atta a comprovare almeno un'inabilità del 50% (doc. AI 120). Malgrado la richiesta in tal senso dell'Ufficio AI (cfr. scritto 23 maggio 2017, doc. AI 121), l'assicurata - a quel momento oltretutto già patrocinata dall'RA 1 e, quindi, da un'associazione di patrocinio professionale - non ha tuttavia provveduto a far pervenire alcun atto medico idoneo a comprovare la sua situazione e in particolare la modifica delle sue condizioni, nel senso di un peggioramento rispetto alla situazione accertata nell'ambito della procedura sfociata nell'ultima decisione del 29 agosto 2016. Solo dopo l'emanazione della decisione impugnata, e quindi tardivamente, l'assicurata ha prodotto la - in ogni modo scarsa - certificazione medica del dr. _____. Ora, 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'inabilità 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, lo scritto del dr. _____, psichiatra (doc. D), prodotto con il gravame e, quindi, tardivamente, non può modificare l'esito della presente vertenza. In proposito va in ogni modo detto che tale scritto, oltremodo generico e succinto, che segnala unicamente la presa a carico psichiatrica dell'interessata, non appare comunque idoneo a comprovare una patologia invalidante o un'inabilità lavorativa; non contenendo né una diagnosi, né una descrizione dei disturbi lamentati dalla paziente né infine la certificazione di un'inabilità lavorativa a motivo delle problematiche psichiche. Nemmeno questo documento lascia quindi trasparire una modifica delle circostanze di fatto successiva all'ultimo esame materiale dei diritti dell'assicurata. In conclusione non avendo l'assicurata reso validamente verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute prima dell'emanazione della decisione qui impugnata, la non entrata in materia sancita con quest'ultima merita conferma. 2.7. Giusta l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico dell'insorgente.

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