

# **TI\_GERICHTE 32.2023.86 vom 22. Mai 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-05-22, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2023.86\\_d20180522](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.86_d20180522)

FR: TI\_GERICHTE 32.2023.86 du 22 mai 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2023.86 del 22 maggio 2018

## **Regeste**

In passato concessa all'assicurata una rendita per tempo limitato. Dopo due decisioni di non entrata nel merito su due nuove domande, quarta richiesta. Decisione di non entrata nel merito. Conferma del TCA, non è stata resa verosimile una modifica della situazione

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Sospetta sindrome coronarica acuta tipo NSTEMI

### **E. 2**

Ipertensione arteriosa di grado 2-3 in corso di accertamenti DD essenziale DD secondaria (meno probabile) - attuale: crisi ipertensive con screezio troponinico DD NSTEMI - sintomatica per cefalea inabituale e dolore toracico atipico - angio-TC aorta completa (18.10.2022): non segni di dissezione aortica - ecocardiografia-TT (19.10.2022): ventricolo sinistro con funzione sistolica globale e regionale normale, F Estimata 65%. Alterato rilasciamento. Restanti reperti nella norma. Nessun versamento pericardico. Aorta ascendente non dilatata - Duplex arterie renali (20.10.2022): assenti stenosi significative lungo l'arteria renale destra e sinistra - danno d'organo: • cardiopatia ipertensiva; assenza di proteinuria • da prevedere visita oftalmologica

### **E. 2.10**

Dopo l'emanazione della decisione impugnata, e meglio in questa sede, quindi tardivamente, l'assicurata ha prodotto, oltre a documentazione già agli atti, un nuovo scritto del 25 agosto 2023 del curante dr. \_\_\_\_\_ che ha affermato che la paziente era affetta da varie e complesse patologie invalidanti, quali importante sindrome ansioso depressiva, fibromialgia, cefalee, multiple discopatie alla colonna vertebrale " che rendono difficile la deambulazione e la stazione eretta " (doc. D). Ha pure prodotto uno scritto del

### **E. 2.11**

In conclusione, la decisione impugnata va confermata e il ricorso respinto. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI 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; 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.

### **E. 3**

Angioma epatico - angio-TC aortica (18.10.2022): formazione tondeggiate, ipervascolare, di circa 2 cm si osserva a livello del IV segmento epatico, probabile espressione di angioma

#### **E. 4**

Cefalea con caratteristiche abituali di emicrania senza aura - RM cerebri (2016): normale esame RM ed angio-RM arterioso endocranico Comorbidità - Sindrome ansioso-depressiva, Discopatie multiple colonna vertebrale, fibromialgia” la dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR si è così espressa: " La relata di trasferimento dall'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ è già stata integralmente presentata dall'A in precedenza ed è presente in archivio informatico al 21.11.2022. Ribadisco quanto già affermato in data 24.11.2022: L'A nelle ultime settimane accedeva diverse volte in Pronto Soccorso (PS) per crisi ipertensive associate dolore toracico forti cefalee. L'A, che all'anamnesi prossima quindi ancora recentemente, paucisintomatica per la nota emicrania, vittima durante un viaggio in \_\_\_\_\_ ed al suo rientro in Ticino di crisi ipertensive associate dolore toracico forti cefalee. Gli episodi ipertensivi (con picchi fine 240 mm Hg) hanno avuto quale correlato sintomatologico forte dolore cervico-occipitale ... poi irradiato all'emicranio di destra al rachide dorsale con annessa nausea, dolore toracico oppressivo, dispnea sudorazione fredda. Per tale sintomatologia l'A si presentata al PS sia in \_\_\_\_\_ (07.10.2022 12.10.2022 come si evince dalla valutazione decorso di AD1) che in Ticino (15.10.22-17.10.2022). Stanti le condizioni cliniche riscontrate all'ultimo accesso al PS del 17.10.2022 seguito il ricovero presso il Reparto di Medicina Interna dal 17.10.2022 al 20.10.2022. A gli ECG i Colleghi di Medicina Interna documentano ritmo sinusale regolare senza segni per ischemia acuta in atto, mentre decorsi troponinici mostrano una cinetica in salita. Pertanto in accordo con i colleghi cardiologi, si ipotizza un quadro di sospetta sindrome coronarica acuta tipo NSTEMI per cui si inizia trattamento con Aspirina cardio oltre buon controllo pressorio, nitrati in riserva/liquemina dosaggio profilattico. I Colleghi della Medicina Interna dopo aver escluso emergenze ed urgenze quali problematiche endocraniche acute, attraverso l'esecuzione di una TAC cerebrale, dissezione aortica, tramite angio-TAC aortica danni d'organo (assenza d'ischemia cardiaca in atto, ecocardiografia che mostra un ventricolo sinistre ipertrofico con FE conservata 65% in assenza di altre particolarità; assenza di proteinuria, assenza di alterazioni elettrolitiche di. alterazioni funzionalità renale; assenza di ipersurrenalismo, esclusione di feocromocitoma), in presenza di dolore toracico oppressivo oltre bruciore epigastrico, cefalea dolore al rachide accompagnati da rialzo troponinico, dopo consulte con Colleghi cardiologi, decidono per un successivo trasferimento in emodinamica per esecuzione di coronarografia. Durante la successiva degenza presso CCT (20-22.10.2022) viene documentata l'esecuzione di coronarografia. Riassumendo l'A viene sottoposta a coronarografia per sindrome coronarica acuta trattata PTCA e posa di singolo STENT, prontamente, con successo senza alcuna complicazione. Al termine della procedura viene riscontrato regolare mantenimento della funzione cardiaca ed assenza di vizi valvolari cardiaci.” Tale valutazione è completa e approfondita e va condivisa. Tutto ben considerato il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_ hanno quindi a ragione concluso che in assenza di fatti nuovi rispettivamente di modificazioni significative di fatti medici e giustificazione di malattia di lunga durata non era giustificata l'entrata in materia (doc. AI pag. 545). Del resto, nemmeno quanto addotto dall'assicurata in sede di osservazioni al progetto di decisione di non entrata nel merito del 15 maggio 2023 (doc. AI pag. 546) permette diversa conclusione. L'assicurata ha fatto in quella sede pervenire uno scritto del dr. \_\_\_\_\_ (attestante uno stato di salute precario e preannunciante un ricovero a \_\_\_\_\_; doc. AI pag. 554), in merito al quale la dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR ha

osservato il 1° giugno 2023: “Nella relazione del curante di base Dr. \_\_\_\_\_ non esiste una diagnosi ai sensi dell'ICD 10; non viene descritto alcuno status clinico e valetudinario atto a motivare un eventuale peggioramento dello stato di salute presentato attualmente dall'A; nel breve scritto del curante di base Dr. \_\_\_\_\_ viene attestato un generico stato sia fisico sia psichico precario senza alcuna indicazione circa prognosi, evoluzione nel tempo e certificazione-quantificazione d'incapacità lavorativa attuale; non esiste la prescrizione di una nuova terapia farmacologica diversa da quella fino ad ora assunta; non esiste la prescrizione di terapia fisica, fisiatrica, riabilitativa nemmeno per il mantenimento di un normale trofismo muscolare; non viene attestato alcun blocco funzionale; non esiste alcuna recente attestazione di ricovero ospedaliero e/o accesso al PS; esiste solo una generica attestazione da parte del curante di base circa la necessità di ricovero presso \_\_\_\_\_ per una generica sintomatologia dolorosa che si è aggravata; non esiste alcuna recente visita specialistica né l'esecuzione di approfondimenti paraclinici e strumentali. In conclusione in assenza di fatti nuovi, rispettivamente di modificazioni significative di fatti medici noti non giustificata l'entrata in materia.” (doc. AI pag. 555) Inoltre, l'assicurata ha pure prodotto il rapporto di dimissione della clinica \_\_\_\_\_ relativo ad una degenza dal 27 giugno al 6 luglio 2023 per palpitazioni, iperemesi e brachialgie sinistre con diagnosi di cervicaglia, dolore toracico (sospetta origine muscolare) in “ paziente con precedente ischemia miocardica ”, oltre a ipertensione, cardiopatia ischemica, diabete mellito di nuovo riscontro, con dimissioni della paziente “ in buone condizioni di salute” (doc. AI pag. 569). La dr.ssa \_\_\_\_\_ si è così espressa l'8 agosto 2023: “ (...) Non viene attestata alcuna incapacità lavorativa. Ribadisco nuovamente quanto già affermato in data 24.11.2022 e 11.05.2023: assenza di patologie invalidanti e di malattie di lunga durata. Anche i Colleghi della Clinica di \_\_\_\_\_, escludono un'ischemia cardiaca in atto sia attraverso ECG che attraverso dosaggi ematici di laboratorio, i mmagini radiologiche con Rx toracico nativo nonché successiva ergometria negativa mentre sospettano un'origine muscolare dei dolori toracici. Anche la terapia antalgica prescritta dai curanti della Clinica di \_\_\_\_\_ ben si inserisce nel quadro della nota fibromialgia, patita dall'A da anni. Infine i Colleghi della \_\_\_\_\_ attestano la nota cervicaglia sicuramente già presente e valutata sin dalla valutazione fiduciaria per \_\_\_\_\_ esperita dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ (26.01.2018). ” (doc. AI pag. 582) A ragione la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha quindi confermato che “ in assenza di fatti nuovi, rispettivamente di modificazioni significative di fatti medici noti e giustificazione di malattia di lunga durata, non è giustificata l'entrata in materia ” (doc. AI pag. 581). A tale conclusione, tratta sulla base di un'attenta valutazione medica, questo Giudice deve aderire. Come correttamente evidenziato dall'amministrazione, le nuove certificazioni prodotte dall'assicurata non riportano in effetti alcun fatto medico nuovo rispettivamente modificazioni significative di fatti noti e già precedentemente valutati dal \_\_\_\_\_ e dai medici del SMR, rispettivamente non rendono verosimile un peggioramento duraturo delle sue condizioni e di conseguenza della sua capacità lavorativa, successivamente alla decisione del 12 luglio 2019, con la quale, sulla base dell'approfondita valutazione peritale, era stata stabilita – in modo vincolante – una ritrovata abilità lavorativa dell'100% in ogni attività successivamente al mese di luglio 2018. Questo Giudice, attentamente vagliato l'insieme degli atti medici, non ha quindi motivo di distanziarsi dall'apprezzamento dei medici SMR. Giova del resto ricordare che per l'art. 59 cpv. 2 bis 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 lavorativa 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 (cfr. STF 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, 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; 124 I 175 consid. 4; 122 V 161 ). 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. STFA I 1102/06 del 31 gennaio 2008 e I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). In conclusione, non essendo stata resa verosimile, prima della resa del querelato provvedimento dell'8 agosto 2023, una notevole modifica nelle condizioni di salute nell'ambito della procedura amministrativa avviata con la nuova domanda di prestazioni del maggio 2023, giustamente l'Ufficio AI non è entrato nel merito della stessa.

#### **E. 6**

ottobre 2023 del dr. \_\_\_\_\_, il quale ha affermato: " il presente al fine di certificare il progressivo peggioramento sintomatologico della paziente summenzionata, sia dal punto di vista psichico che dal punto di vista fisico. Ella versa in una condizione depressiva via via sempre più invalidante caratterizzata da ritiro sociale, mancanza di progettazione e di spinta vitale. La sintomatologia neurovegetativa diviene cardine della propria esistenza che la porta ad abbandonarsi allo sconforto e a concentrare le cure solo ed unicamente sui sintomi corporei. Ciò' è dovuto anche per via della sintomatologia psicotica che la porta a perdere qualsiasi tipo di critica della patologia mentale di cui soffre." (doc. VI/1) Ora, come dianzi anticipato (consid. 2.4. e 2.5), e come osservato dall'Ufficio AI nella risposta di causa (IV) e nello scritto del 23 ottobre 2023 (VIII), 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 o nel corso della presente procedura ricorsuale e, quindi, tardivamente, non può quindi modificare l'esito della presente vertenza. La stessa, unitamente ad eventuale altra documentazione medica che sostanzi l'effettivo intervento di un peggioramento duraturo e tale da influire sulla capacità lavorativa (che in occasione della decisione del 12 luglio 2019 era stata giudicata del 100% in ogni attività), potrà se del caso essere prodotta nell'ambito di una futura nuova domanda di prestazioni che l'assicurata è libera di presentare.

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