

TI_GERICHTE 32.2012.242 vom 20. September 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-09-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.242

FR: TI_GERICHTE 32.2012.242 du 20 septembre 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.242 del 20 settembre 2012

Regeste

Rendita rifiutata poiché la malattia invalidante è insorta prima dell'entrata in Svizzera e non esiste alcuna convenzione di sicurezza sociale con il Paese d'origine dell'assicurata. Rinvio degli atti all'amministrazione per determinare se anche le altre patologie sono insorte in precedenza

Erwägungen

E. 21

luglio 2003). Nel merito 2. Decisivo per il diritto a una rendita ordinaria dell'assicurazione per l'invalidità è innanzitutto, conformemente all'art. 36 cpv. 1 LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2008, che all'insorgere dell'invalidità (evento assicurato) siano stati pagati i contributi per almeno 3 anni interi (fino al 31 dicembre 2007: un anno). Per determinare ciò, occorre stabilire quando si è manifestata l'invalidità (cfr. sentenza 9C_658/2008 del 10 giugno 2009, consid. 3.1; sentenza I 76/05 del 30 maggio 2006, in SVR 2007 IV n. 7 pag. 23, consid. 1.1). Giusta l'art. 4 cpv. 2 LAI l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione. Questo momento deve essere determinato oggettivamente, sulla base dello stato di salute, fattori esterni fortuiti essendo irrilevanti. In virtù di questa definizione, un danno alla salute può dare luogo a più eventi assicurati a dipendenza delle prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità esaminate. Ne discende che l'evento assicurato va determinato autonomamente nell'ambito di ogni norma legale regolante il diritto a specifiche prestazioni (sentenza 9C_658/2008 del 10 giugno 2009, consid. 3.1; sentenza I 76/05; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in Murer/Stauffer [a cura di], Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, pag. 22 seg.). Trattandosi del diritto alla rendita, l'invalidità insorge quando la capacità al guadagno dell'assicurato o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili, ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40 per cento in media durante un anno senza notevole interruzione e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40 per cento (art. 28 LAI). Per l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 capoverso 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. Per quanto prescritto dall'art. 6 cpv. 2 LAI, il diritto di un cittadino straniero a una prestazione è subordinato al fatto che, all'insorgere dell'evento assicurato, siano stati pagati i contributi almeno per un anno intero (tre anni per una rendita d'invalidità: cfr. art. 36 cpv. 1 LAI) oppure che l'interessato abbia risieduto ininterrottamente in Svizzera per dieci anni. Se una persona è già invalida (almeno) nella misura del 40% al momento della sua prima entrata in Svizzera, ciò significa che l'evento

assicurato specifico per il diritto alla rendita d'invalidità è subentrato prima che le menzionate condizioni potessero realizzarsi (sentenza 9C_658/2008 del 10 giugno 2009, consid. 3.2). Se dopo l'entrata in Svizzera la persona parzialmente invalida esercita un'attività lavorativa, essa è obbligatoriamente assicurata all'AVS/AI e tenuta a versare i contributi (sentenza 9C_658/2008 del 10 giugno 2009, consid. 3.2). Se con l'andare del tempo il danno alla salute e la capacità lucrativa peggiorano, si pone la questione di sapere se la persona interessata possa o meno fare valere un diritto alla rendita (sentenza 9C_658/2008 del 10 giugno 2009, consid. 3.2). Secondo giurisprudenza, ciò non è possibile se l'aumento del grado d'invalidità è riconducibile a un peggioramento del danno alla salute originario. In questo caso, infatti, non si verifica un nuovo evento assicurato (cfr. sentenza citata I 76/05, consid. 2, con riferimento). Il Tribunale federale delle assicurazioni ha per contro lasciato aperta la questione di sapere se, nell'ambito qui in esame, l'aumento del grado d'invalidità dovuto a un danno alla salute completamente differente (per esempio un cardiopatico parzialmente invalido che diventa pienamente invalido a seguito di un incidente che lo ha reso paraplegico) possa nondimeno costituire un nuovo evento assicurato (sentenza 9C_658/2008 del 10 giugno 2009, consid. 3.2; sentenza I 76/05, consid. 2 e 5, e I 81/90 del 23 aprile 1991). Questa ipotesi (del nuovo evento assicurato) è però stata scartata in relazione alla revisione del diritto alla rendita (vecchio art. 41 LAI, abrogato in seguito all'entrata in vigore della LPGa e più in particolare del suo art. 17), dove il Tribunale federale delle assicurazioni ha stabilito che l'aumento del tasso d'invalidità giustificante il riconoscimento di una rendita più elevata configura un caso di revisione del diritto alla prestazione (e non un nuovo evento assicurato) a prescindere dal fatto che esso sia o meno la conseguenza di un aggravamento del danno alla salute iniziale (DTF 126 V 157). Nella più volte citata sentenza 9C_658/2008 del 10 giugno 2009, il TF ha affermato: " 4. Aderendo alla tesi dell'UFAS, già esplicitata dal Tribunale federale delle assicurazioni nella sentenza citata I 76/05 e ribadita dall'autorità di vigilanza anche nella presente vertenza in sede amministrativa, i giudici di prime cure hanno negato la sussistenza di un nuovo evento assicurato anche nel caso di un peggioramento dello stato di salute originato da una diversa patologia da quella preesistente (pronuncia impugnata, pag. 20) ed hanno di conseguenza escluso il diritto alla rendita ordinaria non solo a dipendenza dell'inabilità causata dalla cofosi bilaterale congenita (per difetto delle condizioni assicurative di cui all'art. 6 cpv. 2 LAI) ma anche del peggioramento delle condizioni di salute dovuto alla "nuova" patologia alla vista, non potendo appunto tale peggioramento essere considerato un nuovo caso assicurativo. A mente della ricorrente, per contro, la patologia oculare determinerebbe un nuovo evento assicurato. E poiché, a partire dall'ottobre 2004, con il peggiorare di detta patologia e l'aumento dell'incapacità lavorativa sarebbe iniziato (e trascorso) un nuovo anno di attesa giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI, l'interessata rivendica il diritto a una rendita ordinaria d'invalidità a dipendenza di questo nuovo evento. 5. 5.1 Tutto ben ponderato e per le considerazioni che seguono, questa Corte ritiene che allo stato attuale non si giustifichi tuttavia ancora di rispondere alla domanda lasciata aperta nelle sentenze citate I 76/05 e I 81/90. Infatti, per potere (o dovere) rispondere al quesito, occorre che quest'ultimo sia di rilevanza pratica (e non solo teorica) decisiva ai fini del presente giudizio. Ora, per poter stabilire se la patologia (invalidante) oculare possa se del caso costituire un nuovo evento assicurato, ci si deve preliminarmente sincerare che questa affezione sia completamente differente da quella iniziale. L'istruttoria condotta dalla Corte cantonale non ha però approfondito questo aspetto decisivo, così come non ha neppure chiarito in quale misura la ricorrente - quantomeno fino al momento determinante della

decisione su opposizione in lite che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220) - fosse da considerarsi invalida a dipendenza del danno oculare. 5.2 I giudici cantonali hanno espresso la loro valutazione dopo avere accertato che il peggioramento dell'incapacità di guadagno sarebbe da ricondurre a una nuova patologia, diversa da quella preesistente. Dagli atti emerge però che la dott.ssa M. _____ - specialista in oftalmologia e oftalmochirurgia -, nel riferire l'esistenza della patologia oculare, ha evidenziato trattarsi di una malattia ereditaria di tipo degenerativo - che porta ad un progressivo restringimento ed annullamento del campo visivo fino a provocare, nella sua fase terminale, cecità -, per la quale esisterebbero anche forme particolari associate a problemi dell'udito. Ora, nessun ulteriore elemento agli atti permette di stabilire o escludere questa associazione con la cofosi bilaterale congenita di cui è portatrice l'insorgente. Questo aspetto si dimostra però decisivo poiché se tale associazione dovesse essere stabilita (come lo potrebbe ad esempio essere nel caso di una sindrome di Usher, che è una malattia congenita che si manifesta con sordità alla nascita associata ad una perdita progressiva della vista causata da una degenerazione della retina, nota come retinite pigmentosa), la questione relativa all'eventuale riconoscimento di un nuovo evento assicurativo perderebbe rilevanza pratica e imporrebbe di giudicare la controversa domanda di rendita alla luce della prassi finora sviluppata dal Tribunale federale delle assicurazioni. 5.3 Avendo l'istruttoria omissa di approfondire questo aspetto suscettibile di rivelarsi decisivo ai fini di una corretta valutazione della vertenza, se ne deve dedurre che i fatti determinanti sono stati accertati in maniera incompleta, e di conseguenza in violazione del diritto federale (v. Seiler/von Werdt/Günther, op. cit., no.

E. 24

all'art. 97), o quantomeno in parziale contrasto con le regole giurisprudenziali suesposte. Si impone pertanto il rinvio degli atti all'istanza precedente (e - per non ritardare inutilmente il corso della procedura - non all'amministrazione che ha già chiaramente espresso la sua valutazione) affinché, previo complemento istruttorio, chiarisca l'esatta natura della patologia oculare e, dopo avere accertato se essa costituisca o meno una patologia completamente differente dalla cofosi bilaterale, si pronunci nuovamente. A tal proposito si ricorda però alle parti che se anche le due patologie dovessero risultare distinguibili l'una dall'altra dal profilo medico-diagnostico, ciò non le renderebbe ancora automaticamente completamente differenti (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 23/99 del 20 maggio 1999, consid. 3).” 3. Nella fattispecie la ricorrente è entrata in Svizzera nel giugno 2007, all'età di 39 anni proveniente da Ila _____, con la quale la Confederazione non ha stipulato alcuna convenzione di sicurezza sociale. Alla luce della giurisprudenza sopra citata (cfr. sentenza 9C_658/2008 del 10 giugno 2009) essa non può pretendere prestazioni per quelle patologie che hanno causato l'invalidità prima dell'arrivo in Svizzera e, in particolare, nel caso concreto, per la patologia ematologica (drepanocitosi monozigote e talassemia eterozigote) insorta sin dalla nascita. Resta invece con troverso il diritto della ricorrente a una rendita ordinaria d'invalidità a dipendenza delle altre patologie che l'interessata sostiene essere insorte e manifestatesi successivamente. Con sentenza 9C_884/2011 del 22 dicembre 2011, citando la sentenza 9C_568/2008 del 10 giugno 2009, il TF ha ribadito “ qu'il n'est pas exclu que l'aggravation de l'état de santé d'une personne qui, au moment de la survenance de l'invalidité, ne remplissait pas les conditions d'assurance, puisse constituer un nouveau cas d'assurance si elle est due à un affection totalement différente de celle ayant initialement entraîné l'invalidité “. In concreto l'assicurata oltre alla drepanocitosi monozigote e alla talassemia eterozigote è affetta da

numerose altre patologie. Se, per quanto concerne la patologia psichiatrica, va evidenziato che lo stesso medico curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il 18 gennaio 2013 ha rilevato che “ già prima dell’arrivo in Svizzera la paziente avrebbe vissuto episodi depressivi ” (doc. H; cfr. anche perizia della dr. med. _____, doc. AI 16-22: ” Al riguardo l’Assicurata ha sviluppato una condizione di disagio psicologico, con stati ansiosi caratterizzati da un continuo senso di angoscia, sentimenti di impotenza, vissuti di scarsa autostima, diminuita efficienza ”), maggiormente rilevante è invece la circostanza che il 24 gennaio 2012 il medico curante, dr. med. _____, FMH medicina interna, ematologia e onco-ematologia, ha sottolineato che dal 10 novembre 2010 “ sono successe varie cose, in modo particolare un’esacerbazione di stato febbrile associato a polilinfadenopatia ed epatopatia che ha portato alla diagnosi di una probabile sarcoidosi, che attualmente, oltre a coinvolgere il fegato e i linfonodi, coinvolge con buona probabilità il cuore con un disturbo della conduzione atroventricolare che potrà in futuro condurre anche alla necessità della posa di un pace maker ” ed ha concluso affermando che l’interessata è inabile al 100% (doc. AI 26-1). Il curante ha diagnosticato perlomeno una nuova patologia, la sarcoidosi (ossia una malattia infiammatoria che può colpire diversi organi, ma principalmente i polmoni e le ghiandole linfatiche. Nei pazienti con sarcoidosi si formano dei noduli anomali, detti granulomi, che consistono in tessuto infiammatorio caratteristico della malattia presente in varia misura negli organi colpiti. Si tratta di una malattia che si può manifestare in modi e gravità molto diverse, secondo gli organi colpiti e l’intensità dell’infiammazione; cfr. www.sarcoidosi.org), su cui tuttavia l’amministrazione non ha preso specifica posizione circa la sua possibile incidenza sulla capacità lavorativa della ricorrente. L’insorgente fa pure riferimento alla iperplasia paratiroidea, che, come emerge dalla perizia SAM, è stata diagnosticata nel corso dei mesi di aprile-maggio 2011, sempre dal curante dr. med. _____ (doc. AI 16-5 e 16-6) ed alle linfadenopatie nell’ilo epatico, anch’esse, secondo la ricorrente, diagnosticate nel corso degli anni 2010-2011 (cfr. perizia SAM: doc. AI 16-5 e 16-7; cfr. anche il referto del 24 gennaio 2012 del medico curante e il certificato del 4 marzo 2012 della dr.ssa med. _____, doc. AI 28-2), ritenute senza influenza sulla capacità lavorativa dal SAM (doc. AI 16-12), in assenza tuttavia di documentazione (cfr. doc. AI 16-13: “ Nelle recenti settimane l’A. riferisce come il medico curante abbia evidenziato un possibile iperparatiroidismo primario, attualmente in via di accertamento presso l’endocrinologo Dr. med. _____, al quale abbiamo richiesto documentazione in merito, purtroppo non ricevuta ” e “ Il marito dell’A. ci informa di recenti accertamenti sonografici e radiologici del fegato, che avrebbero mostrato la presenza di linfonodi ingrossati a livello dell’ilo epatico (pure di questa possibile patologia non abbiamo ottenuto documenti) ”). Il 22 maggio 2012, il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato che la documentazione prodotta dalla ricorrente non modifica quanto accertato dall’inchiesta domiciliare del 7 febbraio 2012 ed ha confermato un’incapacità lavorativa del 40.5% come casalinga (doc. AI 31-1). Tuttavia il medico SMR, non ha preso posizione circa la specifica influenza delle nuove patologie sulla capacità lavorativa della ricorrente. Ciò verosimilmente è dovuto alla circostanza che non era ancora controversa la questione del periodo contributivo della ricorrente in Svizzera e del momento dell’insorgenza delle varie patologie (cfr. anche la presa di posizione del 25 giugno 2012 del dr. med. _____ che conferma l’incapacità lavorativa del 40.5%, doc. AI 37-1). Nei successivi scritti la ricorrente ha tuttavia più volte evidenziato la presenza di nuove malattie che non avrebbero nulla a che vedere con la patologia ematologica. L’amministrazione tuttavia non ha sottoposto questo specifico quesito ad un medico, né in

punto a sapere quale incidenza hanno sulla capacità lavorativa della ricorrente (in particolare per quanto concerne la sarcoidosi), né quo al momento in cui queste patologie sono insorte ed hanno, eventualmente, avuto un'influenza sull'invalidità della ricorrente. L'amministrazione avrebbe dovuto esaminare quali patologie sono insorte successivamente all'entrata della ricorrente in Svizzera e se le medesime, e in che misura, hanno un'influenza sulla capacità lavorativa della ricorrente. L'UAI non poteva limitarsi ad escludere il diritto alla rendita unicamente perché la patologia ematologica era già insorta prima dell'entrata della ricorrente in Svizzera. La perizia SAM del 28 marzo 2011 non risolve questa problematica, poiché era stata allestita allo scopo di accertare l'incapacità lavorativa della ricorrente sulla base delle patologie allora conosciute, non essendo ancora stato rilevato che la ricorrente non avrebbe avuto diritto ad alcuna rendita per la patologia ematologica, presente prima della sua entrata in Svizzera nel corso del mese di giugno 2007. In queste condizioni gli accertamenti peritali effettuati dall'amministrazione sono lacunosi e necessitano di essere completati. La decisione impugnata deve di conseguenza essere annullata e l'incanto rinviato all'amministrazione affinché chiarisca l'esatta natura delle patologie diagnosticate alla ricorrente e, dopo aver accertato se esse costituiscono o meno malattie completamente differenti dalla patologia ematologica, ne determini l'incidenza della capacità lavorativa della ricorrente e si pronunci nuovamente sul diritto alla rendita (cfr. 9C_568/2008 del 10 giugno 2009). In queste condizioni la richiesta dell'insorgente di allestire una perizia (cfr. doc. XIV), diviene superflua. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anti-pato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungs-verfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungs-rechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). 4. S econdo 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 complessivi fr. 500.--vanno poste a carico dell'UAI.

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