

TI_GERICHTE 32.2017.112 vom 7. Juni 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-06-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.112

FR: TI_GERICHTE 32.2017.112 du 7 juin 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.112 del 7 giugno 2017

Regeste

Nuova domanda. A torto l'Ufficio AI non entra nel merito

Erwägungen

E. 2

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; in argomento vedi anche Meyer/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 30/31, pag. 430-433). 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 (DTF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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). La giurisprudenza sopra menzionata va applicata anche dopo l'entrata in vigore della LPGa il 1° gennaio 2003, il nuovo tenore dell'art. 87 OAI valido dal 1° marzo 2004 (STF I 630/06 del 20 giugno 2007, consid. 3 con riferimenti; DTF 130 V 343 consid. 3.5) e l'entrata in vigore il 1. gennaio 2012 dei cpv. 2 e 3 dell'art. 87 OAI corrispondenti ai precedenti cpv. 3 e 4 dello stesso articolo. 2.4. Nell'ambito dell'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; STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012; STF 9C_667/2010 del 28 aprile 2011, STF 9C_688/2007 del 22 gennaio 2008 tutte con riferimenti). Più la precedente decisione è distante nel tempo, meno esigenze sono poste alla verosimiglianza ex art. 87 cpv. 2 e 3 OAI del rilevante cambiamento (“(…) Aus dem Normzweck ergibt sich, dass die Verwaltung u.a. zu berücksichtigen hat, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung

höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen sind (BGE 109 V 114 Erw. 2b, 123 Erw. 3b und 264 Erw. 3, je mit Hinweisen) (...)", riportato nella STFA I 619/04 del 10 febbraio 2005, consid.

E. 3

). In questo senso nella succitata STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012 il TF ha, in particolare, rilevato che "(...) adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve così cominciare con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non è il caso, può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata in materia. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo potere di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (DTF 109 V 108 consid. 2b pag. 114; cfr. pure SVR 2003 IV no. 25 pag. 76, consid. 2.2). (...)" (STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012, consid. 2.3). 2.5. Nel caso in esame, come accennato (cfr. consid. 1.1), una prima domanda di prestazioni dell'aprile 2011 era stata respinta – dopo aver interpellato il dr. _____, FMH in medicina interna (cfr. il rapporto medico sub doc. AI 11/2024) – mediante decisione del 29 luglio 2011 (doc. AI 20/41-42) avendo il medico SMR dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, concluso che "(...) siamo in assenza di qualsiasi elemento oggettivo, che evidenzia un qualsiasi disturbo psichico, con o senza influenza sulla capacità lavorativa, ma sono enunciati con chiarezza solo aspetti "sociali". (...)" (doc. AI 15/33) rispettivamente che "(...) pur riconoscendo che si tratta di un caso che richiede la giusta attenzione da parte dell'Assistenza Sociale, non ho elementi per modificare la mia precedente presa di posizione, dal lato medico-psichiatrico. (...)" (doc. AI 18/39). 2.6. Nell'ambito della nuova domanda di prestazioni dell'aprile 2017 (cfr. consid. 1.3) all'Ufficio AI sono pervenuti il certificato medico 20 aprile 2017 del dr. _____, FMH in medicina interna generale, (doc. AI 27/67) e il rapporto 21 aprile 2017 del dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, (doc. AI 28/68-69). Il dr. _____ ha attestato che "(...) in qualità di medico curante del sopraccitato paziente, certifico che lo stato di salute del paziente è ulteriormente peggiorato negli ultimi mesi, sia a livello fisico che a livello psichico, non permettendogli di esercitare un'attività lavorativa. (...)" (doc. AI 27/67). Questo Tribunale, vista la stringatezza del certificato con indicazione del tutto generica di peggioramento dello stato di salute, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.4 e 2.5), deve concludere che con il certificato medico del dr. _____ l'insorgente non ha in nessun modo reso verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita. Diversa è la situazione per quanto riguarda il rapporto del 21 aprile 2017 del dr. _____ (doc. AI 28/68-69). Innanzitutto va rilevato che, dopo la decisione del 29 luglio 2011 con cui l'Ufficio AI aveva rifiutato il diritto a prestazioni (cfr. consid. 1.1), l'assicurato ha dovuto essere seguito a diverse riprese da uno specialista in psichiatria. Infatti, il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto del 21 aprile 2017 ha, in particolare, attestato che "(...) per problemi di depressione, ansia generalizzata con sentimenti di esclusione sociale e disturbi del sonno assai pronunciati il paziente venne quindi per la prima volta seguito dal sottoscritto per un certo periodo nel corso del 2013 dopodiché interrotta la cura non sarebbe più stato seguito a livello psichiatrico fino al momento attuale in cui avvertendo una recidiva delle forti ansie accompagnata da una problematica sociale complessa ha chiesto ed ottenuto da parte [del] proprio medico curante Dr. _____ di _____ di riprendere il trattamento specialistico interrotto quattro anni or sono. Il paziente risulta in questo momento

sottoposto ad una terapia psicofarmacologica a base di ansiolitici e induttori del sonno. Oltre al problema ansioso generalizzato e legato all'insonnia il paziente descrive una condizione di groviglio di pensieri e di immagini relative alle vicissitudini della sua vita e alle difficoltà nel mantenere rapporti interpersonali e legami di appartenenza a causa di una condizione di disagio psichico caratterizzato dalla presenza di una sensibilità critica accentuata. Dal lato diagnostico va tenuto conto della presenza di una depressione ricorrente atipica con ansia sociale accentuata e insonnia, sintomatologia che oltre a necessitare di una presa a carico specialistica continuativa entra in linea di conto per una richiesta di invalidità fondata su elementi clinici di portata rilevante. (...)” (doc. AI 28/69). Rilevato, da una parte, che ai sensi dell’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 (cfr. consid. 2.4) e, dall’altra parte, che dalla decisione di rifiuto di prestazioni del 29 luglio 2011 a quella oggetto della presente vertenza sono trascorsi quasi sei anni (va qui ribadito che se la precedente decisione è distante nel tempo, meno esigenze sono poste alla verosimiglianza ex art. 87 cpv. 2 e 3 OAI; cfr. la succitata STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012, consid. 2.3), questo Tribunale ritiene che, tramite il rapporto del 21 aprile 2017 del dr. Mari, l’insorgente ha reso verosimile un rilevante cambiamento dello stato di salute e che pertanto l’amministrazione avrebbe dovuto entrare nel merito della domanda di prestazioni del 10 aprile 2017. Non è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo alle conclusioni del medico SMR dr. _____ secondo il quale il dr. _____ “(...) descrive le note avversità bio-sociali sofferte dall’assicurato, ponendo infine diagnosi di depressione ricorrente atipica con ansia sociale associata ad insonnia. Non si ha, tuttavia, evidenza di un’effettiva presa a carico, il certificato è stato compilato dopo una singola visita. Non è esplicitato alcun segno chiaro che giustifichi una depressione ricorrente, per quanto concerne la definizione di "atipico" questa può essere associata a sindrome tanto numerose da scoraggiare di classificarne i criteri, di norma correlati a condizioni esogene e non endogene. In conclusione, in assenza di una descrizione oggettiva di segni e/o sintomi di una patologia psichiatrica classificabile secondo ICD 10 o DSM, e non unicamente di disagio sociale, non vi sono elementi per entrare in materia. (...)” (doc. AI 31/74). In effetti, visto che nel rapporto del 21 aprile 2017 (doc. AI 28/68-69) il dr. _____ evidenzia che “(...) in relazione alla visita effettuata in data 03.04.2017 su segnalazione del medico curante del paziente Dr. _____ di _____ e alle successive avvenute in seguito (...)” (doc. AI 28/68 la sottolineatura è del redattore), non è dato a sapere come il dr. _____, nell’annotazione del 6 giugno 2017, abbia potuto ritenere che “(...) non si ha, tuttavia, evidenza di un’effettiva presa a carico, il certificato è stato compilato dopo una singola visita. (...)” (doc. AI 31/74). Questo vale a maggiore ragione visto anche che il dr. _____ non ha nemmeno visitato l’assicurato. Va qui inoltre rilevato che dalla sola diagnosi non è possibile ancora concludere in merito alla capacità lavorativa e che il dr. _____ ha concluso per una “(...) sintomatologia che oltre a necessitare di una presa a carico specialistica continuativa entra in linea di conto per una richiesta di invalidità fondata su elementi clinici di portata rilevante. (...)” (doc. AI 28/69, la sottolineatura è del redattore). In questo senso questo Tribunale ritiene che la conclusione del dr. _____ secondo la quale “(...) non è esplicitato alcun segno chiaro che giustifichi una depressione ricorrente, per quanto concerne la definizione di "atipico" questa può essere associata a sindrome tanto numerose da scoraggiare di classificarne i criteri, di norma correlati a condizioni esogene e non endogene. In conclusione, in assenza di una descrizione oggettiva

di segni e/o sintomi di una patologia psichiatrica classificabile secondo ICD 10 o DSM, e non unicamente di disagio sociale, non vi sono elementi per entrare in materia. (...)” (doc. AI 31/74) non basta per escludere il rilevante cambiamento reso verosimile dall’insorgente .

2.7. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, questo Tribunale deve concludere che l’insorgente ha reso verosimile un rilevante cambiamento ai sensi dell’art. 87 cpv. 2 e 3 OAI. La decisione impugnata va pertanto annullata e gli atti rinviati all’amministrazione perché entri nel merito della nuova domanda ed, attraverso accertamenti medici psichiatrici, esamini se il peggioramento reso verosimile in quest’ambito sia effettivamente subentrato e, nell’affermativa, in che misura esso incida sui presupposti del diritto a prestazioni e sulla capacità di guadagno dell’assicurato.

2.8. Secondo 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’Ufficio AI, ciò che rende priva di oggetto la domanda di esonero dalle stesse.

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