

## **TI\_GERICHTE 32.2018.175 vom 26. September 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-09-26, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.175](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.175)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.175 du 26 septembre 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.175 del 26 settembre 2018

### **Regeste**

Assicurata ha reso verosimile un rilevante cambiamento delle proprie condizioni di salute, motivo per il quale non può essere confermata decisione dell'UAI di non entrata in materia sulla nuova richiesta di prestazioni. Atti rinviati

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

marzo 2006), modificato, ma di identico tenore, dal 1° gennaio 2012. Va ancora rilevato che per quanto concerne gli art. 87 cpv. 3 e 4 OAI (corrispondenti agli attuali art. 87 cpv. 2 e 3 OAI dal 1° gennaio 2012), 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 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. 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).

2.3. Nel caso in esame, come accennato (cfr. consid. 1.1), con decisione del 2 giugno 2010, all'assicurata, dopo valutazione peritale psichiatrica da parte del \_\_\_\_\_, è stato assegnato il diritto ad un quarto di rendita (grado AI del 42%) dal 1° novembre 2007 (scadenza dell'anno di attesa), poi aumentato ad una rendita intera, con grado AI del 100%

a partire dal 1° febbraio 2008 e grado AI del 72% dal 1° luglio 2009 (doc. 32 e 34-36). A seguito della revisione avviata d'ufficio nel 2013, con decisione del 27 marzo 2015 (doc. 69), l'Ufficio AI, preso atto del miglioramento delle condizioni psichiche dell'interessata accertato in sede di ulteriore perizia del \_\_\_\_\_, ha ridotto da intera a tre quarti (grado AI del 62%) la rendita spettante all'assicurata a partire dal 1° maggio 2015 (cfr. consid. 1.2). Tale diritto è poi stato confermato dall'Ufficio AI con decisione del 14 dicembre 2015 di non entrata in materia sulla richiesta di nuove prestazioni, confermata dal TCA con sentenza 32.2016.8 del 14 aprile 2016 (cfr. consid. 1.4.) e con comunicazione del 16 agosto 2017, con la quale l'amministrazione ha osservato che non essendosi verificato alcun cambiamento, l'interessata "continuerà a beneficiare della medesima rendita di invalidità (grado AI del 62%) ottenuta finora" (cfr. consid. 1.5.) 2.4. Nel luglio 2018 la psichiatra curante dell'assicurata, dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, ha chiesto all'Ufficio AI una rivalutazione del caso, segnalando un peggioramento delle condizioni psichiche dell'interessata, tale da renderla ormai stabilmente inabile al lavoro nella misura del 100%. Con referto del 9 luglio 2018, ella ha, infatti, constatato essere sopraggiunto negli ultimi mesi, nonostante il trattamento medico specialistico e gli interventi assicurati da parte del \_\_\_\_\_ sia a livello infermieristico, che come supporto per le questioni amministrative e burocratiche tramite l'ausilio di un assistente sociale, un'esacerbazione delle condizioni di salute dell'interessata (doc. 117). La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha fornito la seguente motivazione a sostegno del proprio parere specialistico: " Con la presente vi segnalo la situazione clinica della paziente sopra menzionata. Come a Voi noto la signora è seguita a livello psichiatrico per una Sindrome depressiva ricorrente, con episodi gravi senza sintomi psicotici (ICD-10; F33.2) in anamnesi e una bulimia nervosa (ICD-10; F50.2). La diagnosi di accentuazione dei tratti di personalità è stata invece mutata in Disturbo di personalità misto con preponderanti aspetti immaturi, istrionici e dipendenti (ICD-10; F61.0), vista la rilevanza di sintomi quali labilità emotiva esasperata, teatralità, autodrammatizzazione, ricerca di rassicurazioni dal contesto di vita, necessità di essere vicariata in molteplici attività quotidiane, ecc. che influiscono in modo essenziale sul funzionamento della signora da tempo. In seguito all'ultima dimissione dalla \_\_\_\_\_ sono stati incrementati gli interventi a sostegno della signora con preparazione della dosette settimanali presso l'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, seguito infermieristico costante da parte del \_\_\_\_\_, supporto da parte dell'Assistente Sociale del medesimo Servizio per le questioni amministrative e burocratiche, oltre al seguito medico specialistico della sottoscritta. Nonostante ciò negli ultimi mesi la paziente ha continuato a mostrare continue instabilità dell'umore, con ideazione autolesiva spesso latente, seppur non agita. Inoltre si è presentata una sintomatologia ansiosa imponente che determina condotte di evitamento gravi che portano ad esempio la signora a non uscire di casa, richiedendo l'intervento al domicilio dell'infermiera. Tale sintomatologia rispetta le caratteristiche di una agorafobia classica (ICD-10; F40.0) (evitamento di luoghi affollati, ritiro al domicilio, preferenza a uscire di casa in orari ove non vi è affollamento, ecc.), aggravata dal fragile contesto timico e personologico sopra descritto. La paziente presenta inoltre esacerbazioni d'angoscia dovute all'incapacità di gestire anche le più banali pratiche amministrative, andando incontro a grandi stress anche solo nel ritiro della corrispondenza. Accanto a ciò si ravvisa tuttavia una sostanziale difficoltà di percepire l'importanza delle comunicazioni ricevute, delle quali in qualche caso ella non ha dato notizia alla rete e non si è occupata (come la Vostra risposta del 16 agosto 2017 ad esempio o altre missive provenienti dall'ufficio che si occupa delle prestazioni complementari). Ciò è dovuto non ad un disinteressamento per le

pratiche citate, ma a una condotta di evitamento, quasi di negazione della paziente vista la profonda angoscia che la burocrazia genera, unita alla mancanza di strumenti atti a comprendere l'importanza delle comunicazioni stesse. Per questo motivo stiamo discutendo con la sig.ra RI 1 la necessità di richiedere la nomina di un curatore che si possa occupare di questi aspetti. Si aggiunge inoltre che sono presenti sintomi somatoformi nel quadro psicopatologico (dolori diffusi, capogiri, ecc.), che risultano spesso estremamente limitanti anche nelle attività quotidiane. Da un punto di vista farmacologico la sig.ra RI 1 ha necessitato di un potenziamento con aumento della Venlafaxina a 225 mg / die e inserimento di Somnium quale sonnifero. Il quadro clinico è verosimilmente cronicizzato su un funzionamento molto basso, con continue fluttuazioni di umore, costante sentimento di inutilità e vergogna, ansia e riesacerbazione di sintomatologia somatoforme e della condotta alimentare con abbuffate, vomito autoindotto e autobiasimo. Negli ultimi mesi inoltre il decesso, per suicidio, di una cara amica ha sollecitato ulteriormente le risorse già esigue della paziente. Per questi motivi ritengo che la signora sia stabilmente inabile al lavoro al 100% e chiedo che la situazione possa essere da Voi rivalutata. Restando a disposizione per eventuali chiarimenti, porgo cordiali saluti.” (Doc. 117) Chiamato dall’Ufficio AI ad esprimersi al riguardo, con annotazione del 16 luglio 2018, il dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia del SMR, ha rilevato: " La dr.ssa \_\_\_\_\_ scrive il 9.7.2018 che si tratta di un caso cronicizzato, come da me evidenziato nell’annotazione dell’11.8.2017. Non vi sono dunque elementi che giustifichino un’entrata in materia.” (Doc. 118) 2.5. Questo Tribunale non condivide l’operato dell’amministrazione. 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 invece richiesta la prova della verosimiglianza preponderante valida nell’ambito delle assicurazioni sociali (cfr. consid. 2.2) e, dall’altra parte, del tempo trascorso rispetto alla decisione del 27 marzo 2015 di riduzione a  $\frac{3}{4}$  della rendita intera precedentemente assegnata, riduzione poi confermata con decisione del 14 dicembre 2015, cresciuta in giudicato con STCA 32.2016.8 del 14 aprile 2016, e con comunicazione del 16 agosto 2017 (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 9 luglio 2018 della dr.ssa Rimoldi, l’insorgente ha reso verosimile un rilevante cambiamento dello stato di salute e che, pertanto, l’amministrazione avrebbe dovuto entrare nel merito della nuova domanda di revisione delle prestazioni. Il TCA non reputa di potere fare proprie le conclusioni del medico psichiatra SMR dr. \_\_\_\_\_, secondo il quale non vi sarebbe motivo di entrare in materia essendo lo stato di salute dell’assicurata cronicizzato (doc. 118). A tale riguardo, il TCA rileva che già in occasione della prima valutazione peritale del 7 maggio 2009 – a seguito della quale l’interessata è stata posta al beneficio di una rendita intera di invalidità – gli specialisti del \_\_\_\_\_ avevano riscontrato l’esistenza di affezioni psichiche cronicizzate. Essi infatti avevano espressamente indicato che “il quadro clinico sembra ormai cronicizzato e la prognosi quoad valetudinem sfavorevole” (doc. 18 pag. 5). Nonostante ciò, l’ulteriore apprezzamento peritale \_\_\_\_\_ realizzato il 5 novembre 2014 in sede di revisione, pur continuando a riscontrare l’esistenza di uno stato di salute cronicizzato (cfr. doc. 59 pag. 10 in cui si parla di “cronicizzazione del disturbo”), aveva concluso per un miglioramento delle affezioni, tali da portare, come visto, ad una riduzione da intera a  $\frac{3}{4}$  della rendita assegnata all’interessata. Pertanto, alla luce di queste considerazioni, questo Tribunale non può escludere che per il solo fatto che lo stato di salute dell’assicurata appaia cronicizzato, come affermato pure

dalla psichiatra curante, lo stesso non abbia comunque subito il mutamento attestato in maniera motivata dalla dr.ssa \_\_\_\_\_. Essendo in presenza comunque di affezioni fluttuanti, l'amministrazione avrebbe dovuto verificare se, come sostenuto dalla psichiatra curante, lo stato di salute dell'interessata fosse effettivamente peggiorato, oppure no. Se da una parte, come ritenuto dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR al momento della precedente richiesta di revisione d'ufficio del 2017 (allorquando l'interessata aveva subito anche un ricovero coatto), non erano da prevedere "ulteriori revisioni mediche d'ufficio" essendo lo stato di salute stazionario, cronico, cristallizzato (doc. 113, corsivo della redattrice), d'altra parte va sottolineato che, nel caso di specie, non ci troviamo confrontati con una (nuova) revisione d'ufficio, bensì con una richiesta di revisione del diritto alla rendita avanzata dalla psichiatra curante per un peggioramento delle condizioni dell'assicurata, constatato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ "negli ultimi mesi" (doc. 117). In questo senso questo Tribunale ritiene che le stringate considerazioni del dr. \_\_\_\_\_ del SMR per escludere un'entrata in materia – ossia il fatto che la psichiatra curante scrive che "si tratta di un caso cronicizzato", ciò che conferma quanto già indicato dal dr. \_\_\_\_\_ nelle annotazioni dell'11 agosto 2017 (doc. 118) - non bastino per escludere il rilevante cambiamento reso verosimile dall'insorgente attraverso il motivato referto della sua psichiatra curante. La dr.ssa \_\_\_\_\_, difatti, ha spiegato per quali ragioni a suo modo di vedere lo stato di salute cronico dell'assicurata ha subito un ulteriore peggioramento, tale da renderla ora totalmente inabile al lavoro (cfr. doc. 117).

2.6. 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 di revisione del diritto alla rendita e, attraverso accertamenti medici psichiatrici, esamini se il peggioramento reso verosimile in quest'ambito sia effettivamente subentrato e, nell'affermativa, in che misura esso incida sulla capacità di guadagno dell'assicurata e, di conseguenza, sul suo grado di invalidità. In tale ambito, spetterà all'Ufficio AI verificare se sia intervenuto un peggioramento anche dal profilo somatico, come da referto del dr. \_\_\_\_\_ del 16 ottobre 2018 prodotto dall'assicurata unitamente al ricorso e in merito al quale, nella risposta di causa, l'amministrazione ha osservato che sarebbe stato necessario presentare una nuova domanda di revisione (doc. IV).

2.7. 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.