

TI_GERICHTE 32.2018.88 vom 3. Mai 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-05-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.88

FR: TI_GERICHTE 32.2018.88 du 3 mai 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.88 del 3 maggio 2018

Regeste

Non entrata in materia sulla nuova domanda di prestazioni AI. Non v'è stato un notevole peggioramento delle condizioni di salute, perché anche quando è entrato in CH era inabile al 100%. Anche se vi fosse stato, va fatto risalire al medesimo danno alla base della decisione di rifiuto della rendita

Erwägungen

E. 38

consid. 1a, 1985 pag. 336; STFA del 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4). In DTF 130 V 64, 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 (cfr. consid. 5.2.5). Infine, 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 e il nuovo tenore dell'art. 87 OAI, valido dal 1° marzo 2004 (DTF 130 V 343 consid. 3.5; STF I 630/06 del 20 giugno 2007, consid. 3; STFA I 734/05 dell' 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. 3 e 4 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). 4. In concreto, con decisione del 4 aprile 2011 (doc. 24) l'Ufficio AI ha negato il diritto a una rendita di invalidità non avendo l'assicurato versato alcun contributo e quindi non essendo assolte le condizioni assicurative ex art. 6 cpv. 2 LAI. Il 19 febbraio 2018 (doc. 26) l'assicurato ha inoltrato una nuova domanda di prestazioni lamentando un peggioramento delle sue condizioni di salute negli ultimi anni. Nel termine entro cui formulare le proprie osservazioni al progetto di decisione del 22 febbraio 2018 (doc. 27) con cui l'Ufficio AI non è entrato nel merito della questione, l'assicurato ha sostanzialmente il suo stato di salute producendo il certificato medico del 18 aprile 2018 (doc. 34) dei dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, e _____, attivi presso il Servizio psico-sociale di _____, sul quale si è subito pronunciato il dr. med. _____ Servizio Medico Regionale affermando che l'assicurato andava ritenuto inabile al 100% sin dal suo arrivo in Svizzera nel 2009 per malattia psichica maggiore, con prognosi negativa.

5. Con sentenza 8C_457/2012 del 9 luglio 2012 (ribadita nella STF 8C_901/2013 del 27 febbraio 2014 consid. 2) il Tribunale federale 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 fare 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 (cfr. consid. 3.2) . Nel caso giudicato dall'Alta Corte si trattava di un'assicurata alla quale - dopo che con sentenze del 28 ottobre 2005 e del 4 febbraio 2009 il Tribunale cantonale aveva confermato le rispettive decisioni amministrative con le quali le domande di prestazioni erano state respinte per assenza di grado d'invalidità pensionabile e l'Ufficio AI, con decisione 5 maggio 2010, cresciuta incontestata in giudicato, non era entrato nel merito della nuova domanda del 22 febbraio 2010 -, con decisione del 27 ottobre 2011 era stato confermato il diniego di prestazioni non entrando nel merito della quarta domanda di prestazioni del 20 maggio 2011. Il TF ha giudicato corretto l'agire del Tribunale cantonale che non aveva preso in considerazione la nuova documentazione medica prodotta per la prima volta nella procedura ricorsuale, che andava considerata nell'ambito di una nuova domanda nel caso in cui con la stessa fosse stata sufficientemente comprovata una modifica delle circostanze di fatto (“ (...) Weiter hat die Vorinstanz zutreffend erwogen, dass die von ihr erst im kantonalen Beschwerdeverfahren neu aufgelegten Arztberichte nicht berücksichtigt werden können, sondern im Wege einer allfälligen Neuanschuldung vorzubringen sind, falls sie eine anspruchrelevante Tatsache glaubhaft machen sollen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69; Urteil 8C_177/2010 vom 15. April 2010 E. 6). Auf den angefochtenen Entscheid wird verwiesen (Art. 109 Abs. 3 BGG) (...) ”) . Nella STF I 734/05 dell'8 marzo 2006 (citata nella STF 8C_177/2010 del 15 aprile 2010) , 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 (attuale art. 87 cpv. 2 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. 6. Da quanto precede discende che occorre analizzare il certificato medico del 18 aprile 2018 (doc. 34) trasmesso correttamente all'amministrazione, anche se non direttamente con la nuova richiesta di prestazioni, ma con le osservazioni al progetto di decisione di non entrata in materia proprio per assenza di documentazione medica attestante un peggioramento delle sue condizioni di salute. Un solo certificato è stato dunque prodotto dall'assicurato contestualmente alla nuova domanda di prestazioni ed è stato allestito dal dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, e dal suo assistente _____, entrambi del Servizio psico-sociale di _____, i quali si sono così pronunciati: " (...) il paziente a partire dal 2009 ad oggi ha avuto dal punto di vista clinico fasi alterne. Di fatto i cambiamenti osservati hanno portato i curanti a cambiare la diagnosi dal 2009 in cui vi era una sindrome post-traumatica da stress al 2010 in cui subentrava la diagnosi di schizofrenia paranoide, che risulta essere ancora in essere. Diversamente da quanto scritto nel 2010 dalle colleghe della _____ nel rapporto medico da voi richiesto del 26 agosto, dove il paziente veniva ritenuto ancora in grado di riprendere un'attività lavorativa, nel corso degli anni la cosa è apparsa sempre meno percorribile. Chiediamo pertanto una valutazione del grado dell'inabilità lavorativa e dell'invalidità." Nel referto stilato il 26 agosto 2010 (doc. 8) a cui fanno riferimento i medici del Servizio psico-sociale, le specialiste in psichiatria attive presso la Clinica psichiatrica _____ avevano indicato che l'assicurato era ricoverato presso la struttura dal 3 febbraio 2010 e che la diagnosi era di schizofrenia paranoide (ICD-10; F20.0). I medici curanti avevano rilevato nell'anamnesi che l'interessato era già stato ricoverato nel 2009 per poco tempo e che, dopo avere beneficiato di un breve periodo di benessere, aveva presentato una ricaduta a causa dell'emergere di disturbi della forma e del contenuto del pensiero accompagnati da dispercezioni e da comportamenti bizzarri con importanti quote di agitazione psicomotoria. Al momento della valutazione il paziente presentava ancora importanti fluttuazioni dello stato psichico con scivolamenti psicotici accompagnati da stati di ansia e di agitazione e da un elevato grado di tensione endopsichica. Era quindi in corso una rivalutazione della terapia farmacologica per cercare di ottenere una stabilizzazione del quadro psicopatologico. Pertanto, a quel momento l'interessato andava considerato ancora acuto, perciò era necessaria una degenza in un ambiente protetto dove potere garantire l'assunzione di una terapia farmacologica adeguata e una presa a carico costante, con un accompagnamento graduale all'esterno in un centro diurno e per le visite accompagnate a casa dello zio. La prognosi era dunque sfavorevole e la terapia farmacologica prevedeva l'assunzione di neurolettici. L'assicurato, che dal suo arrivo in Ticino non aveva mai lavorato, era stato giudicato inabile al lavoro in misura totale sin dal 2009. Le psichiatre avevano segnalato che quali misure di integrazione v'era una terapia farmacologica

continua e che nel prossimo futuro si sarebbe dovuta rivalutare questa possibilità. Si poteva comunque contare su di una ripresa dell'attività professionale, ma a quel momento era difficile prevedere a partire da quando e in quale misura. Otto anni più tardi, gli psichiatri del Servizio psico-sociale hanno diagnosticato che la schizofrenia paranoide era ancora presente e che la possibilità, a suo tempo ritenuta possibile, di riprendere un'attività lavorativa, era andata con il tempo vieppiù scemando. Questo rapporto medico è stato sottoposto per una valutazione al dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale, il quale ha giudicato l'assicurato inabile al lavoro al 100% sin dal suo arrivo nel nostro Paese nel 2009 a causa di una malattia psichiatrica maggiore e ha affermato che la prognosi era negativa. 7. Alla luce dei certificati medici suesposti, il TCA ritiene che non vi sia stato alcun peggioramento delle condizioni di salute del ricorrente, nel senso che non è stato reso verosimile che il suo grado di incapacità lavorativa, nel 2018, era peggiore rispetto a quello accertato nel 2011. In effetti, sia in occasione della prima domanda di prestazioni sia della seconda, l'assicurato era totalmente inabile al lavoro. La circostanza che nel 2010 gli psichiatri della Clinica di _____ avessero ritenuto possibile una ripresa lavorativa dell'assicurato mentre nel 2018 tale possibilità sia stata ritenuta difficilmente realizzabile, deve qui essere relativizzata. Infatti, a suo tempo gli specialisti avevano indicato che sì una ripresa dell'attività professionale era possibile, ma avevano anche chiaramente indicato non solo che la percentuale lavorativa era "Difficile da prevedere al momento", ma anche che era "Difficile fare oggi una previsione in tal senso" su quando ciò sarebbe stato realizzabile. D'avviso del TCA, dunque, non si può certo dire che fosse, se non certo, almeno probabile, che l'assicurato potesse cimentarsi in un'attività lavorativa già nel 2010 o nel 2011, così come nel 2018 è risultato altrettanto di difficile attuazione. D'altronde, la prognosi indicata nell'agosto 2010 era negativa. Di conseguenza, paragonando l'incapacità lavorativa totale per schizofrenia paranoide certificata nel 2010 dai medici curanti dopo sei mesi di ricovero con l'incapacità al lavoro sempre per schizofrenia paranoide così come descritta dai curanti nel 2018, non è possibile constatare un notevole peggioramento delle condizioni di salute del ricorrente. Infatti, la sostanza delle cose non è mutata, ovvero il ricorrente, allora come nel 2018, era inabile al lavoro in ragione del 100%. È pertanto a giusta ragione che l'Ufficio AI non è entrato nel merito della richiesta di prestazioni dell'assicurato. In queste condizioni, la decisione di non entrata in materia va dunque confermata e il ricorso respinto. 8. Quand'anche, per pura ipotesi di lavoro, si ammettesse che con la nuova domanda di prestazioni del 19 febbraio 2018 l'assicurato sia riuscito a rendere verosimile un importante peggioramento del suo stato di salute sulla scorta del certificato medico del 18 aprile 2018 e che quindi si possa entrare nel merito della questione, il ricorrente non otterrebbe comunque soddisfazione, giacché il diritto alla rendita di invalidità andrebbe respinto per assenza dei presupposti legali. 9. Secondo l'art. 4 cpv. 2 LAI, l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione. L'invalidità è da considerare insorta al momento in cui, a dipendenza dello stato di salute dell'assicurato, vi è il diritto a delle prestazioni (Pratique VSI 2001 p. 149; DTF 118 V 82, 112 V 275). In particolare ciò non dipende né dalla data in cui è stata presentata la domanda di prestazioni, né da quando tale prestazione è stata richiesta e generalmente non coincide con il momento in cui l'assicurato apprende, per la prima volta, che il danno alla salute può aprirgli un diritto a prestazioni assicurative (DTF 118 V 82, 111 V 121, 108 V 62, 105 V 60, 103 V 130). L'insorgenza dell'invalidità va accertata singolarmente per ogni tipo di prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 4, n. 140 pag. 51). 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 LPGA) almeno del 40 per cento in media durante un anno senza notevole interruzione e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40 per cento (art. 28 LAI). Secondo l'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 (STF 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 (STF 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 (STF 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 (STFA I 76/05 del 30 maggio 2006, consid. 2, in SVR 2007 IV n. 7 pag. 23, consid. 2). Il Tribunale federale 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 (STF 9C_658/2008 del 10 giugno 2009, consid. 3.2; STFA I 76/05 del 30 maggio 2006, consid. 2 e 5 e STFA 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). Nel 2010 (DTF 136 V 369) il Tribunale federale ha stabilito che la forza di cosa giudicata (formale e materiale) di decisioni riguardanti prestazioni durevoli dell'assicurazione sociale, in particolare rendite dell'assicurazione invalidità, si estende anche alle condizioni del diritto alla specifica prestazione (in quel caso: art. 6 cpv. 2 LAI) relative a fattispecie concluse nel tempo. Simili elementi di motivazione della decisione di rendita passata in giudicato non sono perciò suscettibili di riesame nell'ambito di una revisione o nuova domanda, né vi si può rinvenire, a meno che non sussista un nuovo caso di assicurazione (cfr. consid. 3.1). 10.

Nell'evenienza concreta, come già stabilito con la decisione del 4 aprile 2011, se non già presente prima dell'entrata in Svizzera, l'incapacità lavorativa del ricorrente per disturbi psichici è stata fatta risalire al momento in cui egli è giunto nel nostro Paese. Il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale, che il 25 aprile 2018 ha preso posizione sul certificato medico del Servizio psico-sociale di _____ del 18 aprile 2018, ha affermato che l'assicurato era “ da ritenersi inabile al 100% sin dal suo arrivo in CH nel

2009, questo per malattia psichiatrica maggiore, prognosi negativa ”. Di conseguenza, quand’anche si fosse in presenza di un peggioramento, si tratterebbe comunque di un peggioramento dello stato di salute che va fatto risalire indubbiamente al medesimo danno alla salute alla base della decisione di rifiuto della rendita del 4 aprile 2011, ciò che esclude dunque il realizzarsi di un nuovo evento assicurato (citata STFA I 76/05 consid. 2). Pertanto, se una prima richiesta di rendita è stata rifiutata a motivo del mancato adempimento delle condizioni assicurative, allora nemmeno una seconda richiesta di rendita fondata su un peggioramento dello stato di salute, riconducibile al medesimo danno alla salute, può essere ammessa (STFA I 620/05 del 21 novembre 2006). Ne discende quindi che, non avendo l’Ufficio AI concesso a suo tempo all’assicurato il diritto a una rendita di invalidità per assenza delle condizioni assicurative, così deve essere pure deciso per la seconda domanda di prestazioni in esame (STCA 32.2018.54 del 21 febbraio 2019, consid. 2.8). Infatti, al momento in cui è insorta l’invalidità, e quindi al più tardi nel 2009 quando l’interessato è giunto nel nostro Paese in qualità di richiedente l’asilo, la condizione assicurativa di avere contribuito per almeno tre anni non era senza dubbio data. Il diritto alla rendita di invalidità andrebbe quindi comunque rifiutato in assenza dell’adempimento delle condizioni assicurative previste dall’art. 6 cpv. 2 LAI in connessione con l’art. 36 cpv. 1 LAI. D’altronde, la motivazione data dall’amministrazione nella decisione del 3 maggio 2018 porta proprio sulla preesistenza del danno alla salute all’entrata in Svizzera del ricorrente nel 2009, trattandosi di una malattia psichica maggiore. 11. Secondo l’art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1’000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l’esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell’insorgente. Infatti, benché sia al beneficio dell’assistenza sociale, il suo ricorso era sin dall’inizio sprovvisto di esito favorevole perché un peggioramento non era senza dubbio dato e senza la contribuzione minima di tre anni non avrebbe comunque avuto diritto alla rendita di invalidità.

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