

TI_GERICHTE 32.2019.97 vom 18. März 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-03-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.97

FR: TI_GERICHTE 32.2019.97 du 18 mars 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.97 del 18 marzo 2019

Regeste

Rendita rifiutata a richiedente portatore di affezioni psichiche, considerato come egli sarebbe entrato in CH già portatore delle affezioni invalidanti. TCA annulla la decisione e rinvia gli atti all'amministrazione per accertamenti ulteriori

Erwägungen

E. 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 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. 2.3. Secondo l'art. 6 cpv. 2 LAI, il diritto di un cittadino straniero a una prestazione è subordinato al fatto che, all'insorgere dell'invalidità, 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. 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. 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 (cfr. STFA 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 (STF 9C_658/2008 del 10 giugno 2009, consid. 3.2; STFA 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). 2.4. Come detto, 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

E. 31

dicembre 2007: un anno). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 pag. 4065; art. 45 del regolamento (CEE) 1408/71; cfr. anche marg. no. 3004.3 cifra 2 delle Direttive sulle rendite AVS e AI edite dall'UFAS). Secondo il TF quest'ultima condizione non crea una discriminazione inammissibile (DTF 131 V 397 consid. 5 segg.). Per determinare ciò, occorre stabilire quando si è manifestata l'invalidità (STF 9C-658/2008 del 10 giugno 2009 consid. 3.1). 2.5. Nella fattispecie, il ricorrente è entrato in Svizzera nel dicembre 2008. Nel periodo precedente egli aveva soggiornato dal dicembre 2004 al 2006 in _____ e dal 2006 al 2008 in _____ e _____ (doc. 1). Non risulta dagli atti se e in che misura l'assicurato abbia lavorato all'estero o in Svizzera. Dal maggio 2010 è al beneficio di prestazioni assistenziali. Nella domanda di prestazioni del 9 agosto 2018, egli ha soltanto dichiarato di aver frequentato le scuole dell'obbligo e di aver poi effettuato il servizio militare (inc. AI pag. 5). Nella medesima domanda di prestazioni l'assicurato ha indicato di essere affetto da "forti dolori alla testa, difficoltà nell'espressione verbale e nella deambulazione, cattivi pensieri". Nel certificato medico allegato del 9 agosto 2018 la dr.ssa _____ del SPS, psichiatra, ha riferito che l'assicurato era in cura psichiatrica dal febbraio 2013 per una "patologia psichiatrica maggiore di carattere cronico" (doc. AI 1). Il 3 settembre 2018 i medici curanti dello SPS hanno posto le diagnosi di "schizofrenia paranoide (ICD 10 F 20.0), esposizione a disastri o guerre (ICD 10 Z 65.5)", precisando che inizialmente era stata posta la diagnosi di "sindrome da disadattamento, reazione misto ansioso-depressiva, sintomatologia psichica emersa dopo la migrazione, non noti antecedenti psichiatrici", attestando un'inabilità lavorativa completa dal 27 febbraio 2018 (doc. AI 4). Agli atti sono presenti inoltre i rapporti di dimissione relativi alle varie degenze presso la Clinica _____ di _____ (_____). Il primo ricovero ha comportato una degenza dal 4 all'8 giugno 2014 per la diagnosi di "Sindrome di personalizzazione-derealizzazione (ICD 10 F48.1)". Nel rapporto di dimissione allestito dai sanitari della clinica il 12 giugno 2014 si legge, fra l'altro, quanto segue: "Motivo del ricovero - Problema attuale Il paziente giungeva alla nostra attenzione in seguito alla segnalazione della Dr.ssa _____ dell'SPS di _____ e veniva ricoverato in modalità volontaria nell'ambito di un sospetto di: Sindrome da disadattamento - Reazione mista ansioso-depressiva in probabile sindrome post-traumatica da stress (da indagare), esposizione a disastri o guerre. Da novembre il paziente riferiva cefalee molto forti con inizio pochi minuti dopo il risveglio e della durata dell'intera giornata. Riportava inoltre continui pensieri senza oggetto, talmente pervasivi da "non aver il controllo della propria vita" Status all'ammissione Il paziente si presentava curato nell'igiene e nell'aspetto. Orientato nei quattro domini e lo stato di coscienza era integro. Si mostrava collaborante e l'eloquio era spontaneo, con normale latenza alla risposta. Si esprimeva in italiano ed inglese ma la comprensione era solo parziale. Per quanto riguarda il pensiero si evincevano spunti interpretativi ed il pensiero si mostrava focalizzato sui sospetti che il paziente nutriveva nei confronti della realtà. Si osservava inoltre la presenza di ruminazioni pseudo-ossessive a carattere egodistonico. Negava dispercezione di qualsivoglia natura. L'esame di realtà era

saldo e i nessi associativi mantenuti. La mimica era normoespressa e la timia in asse. Riferiva una certa propensione all'isolamento rispetto alla collettività. Negava suicidalità.” Riferendo della biografia dell'assicurato, i sanitari hanno rilevato come l'assicurato, con genitori in buona salute, avesse frequentato le scuole medie fino a tredici anni di età, sarebbe poi stato indotto ad arruolarsi come militare nel 2004, attività che aveva poi svolto per circa un anno. Di origine _____, aveva quindi lasciato il paese e il ruolo di soldato per fuggire in _____, dove era quindi rimasto per circa due anni, per poi recarsi in _____ e _____. Era quindi giunto in Svizzera nel 2008, ottenendo lo statuto di rifugiato politico e il permesso F nel 2010. Al momento del primo ricovero egli era in assistenza, era stato tentato un programma occupazionale (_____ e _____), che è poi stato interrotto a causa della sintomatologia psichiatrica. Dopo aver riferito di lamentare la sintomatologia riferita all'ammissione “ da circa 6 anni ”, i sanitari hanno rilevato che in ogni modo egli non aveva mai assunto psicofarmaci prima del ricovero il 4 giugno 2014. Con riferimento al decorso del paziente i sanitari hanno precisato: " Decorso Durante la degenza il paziente ha lamentato la presenza di pensieri intrusivi, molto disturbanti, cui si associavano esperienze dissociative. È possibile che alla base delle esperienze-dissociative ci fosse un pregresso trauma o che tale quadro potesse anche inscrivere nell'ambito di un disturbo Post-traumatico da stress. Inoltre non è stato possibile approfondire il sospetto di una sintomatologia psicotica, nonostante la netta riduzione della sintomatologia in concomitanza all'assunzione di terapia antipsicotica, scelta per controllare in modo provvisorio il quadro sintomatologico, in cui prevaleva l'angoscia. Tuttavia il paziente ha effettuato una degenza troppo breve per permettere un'indagine accurata. Mal tollerando l'ambiente clinico il paziente, nel primo fine settimana dopo il ricovero, ha chiesto le dimissioni. Essendo volontario e non presentando una sintomatologia tale da trattenerlo in modalità coatta, la sua richiesta veniva accolta e il paziente dimesso al domicilio.” (doc. AI pag. 56). Seguiva quindi un secondo ricovero presso la _____, dal 30 marzo al 12 maggio 2015, per la diagnosi modificata in di “ schizofrenia paranoide, periodo di osservazione inferiore ad un anno” (ICD10: F20.09). In questa occasione i sanitari hanno tra l'altro osservato che dell'assicurato, dopo un ricovero coatto accompagnato dalla polizia, era stato inizialmente difficile capire la problematica visto l'atteggiamento del medesimo. In seguito era quindi emerso “ un delirio a carattere paranoide ” riferito ai vicini di casa, e sostenuto dalla presenza di dispercezioni uditive a carattere accusatorio. Dopo averlo sottoposto ad una terapia antipsicotica, e la conseguente riduzione della sintomatologia, il paziente aveva dapprima beneficiato di congedi al domicilio, e in seguito si era autodimesso al domicilio, con terapia a base di Zyprexa velotab 20mg (1 volte al giorno) e informazione della psichiatra curante per il proseguimento della terapia (doc. AI pag. 55). Sono quindi seguite altre degenze, sempre presso la _____, dal 10 luglio al 7 ottobre 2015 (3. ammissione) per la diagnosi di “ schizofrenia paranoide (ICD10: F20.0) ” (all'ammissione presentando un quadro di delirio persecutorio sovrapponibile a quello osservato all'inizio della degenza precedente), dal 14 al 26 novembre 2015 (4. ammissione) per la medesima diagnosi di “ schizofrenia paranoide (ICD10: F20.0) ”, dal 13 aprile al 15 maggio 2017 (5. ammissione) sempre per la stessa diagnosi e dal 22 luglio all'8 ottobre 2018 (6. Ammissione), per le diagnosi di “ schizofrenia paranoide (ICD10:F 20.0), disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive, uso nocivo (ICD10: F 19.1), ritenzione urinaria acuta” (dopo tentamen il 22 luglio 2018; doc. AI 15). Con rapporto finale 15 gennaio 2019 il medico SMR dr. _____, specialista in psichiatria, esprimendosi sulla base degli atti, ma senza

visita clinica, dopo aver posto le diagnosi di “ Schizofrenia paranoide, Disturbo post-traumatico da stress” , e concluso per una totale inabilità lavorativa in ogni attività da situare in epoca “ antecedente al 12.2008, verosimile 2004 ”, ha concluso affermando che era “ verosimile ” che l'assicurato fosse entrato in Svizzera portatore della malattia, la diagnosi essendo “ verosimilmente presente dal 2004 quando ha svolto il servizio militare e ha iniziato la fuga verso l'Europa ” (doc. AI 22). Con la decisione contestata - confermata anche dopo valutazione delle osservazioni presentate, per l'assicurato, dai sanitari del SPS in data 8 febbraio 2019 (doc. AI 28) in merito al progetto di decisione del 17 gennaio 2019 (doc. AI 25) - l'Ufficio AI ha ritenuto che al momento dell'entrata in Svizzera l'assicurato fosse già portatore del danno alla salute. Da qui il rifiuto delle prestazioni con queste motivazioni: " Esito degli accertamenti: Dall'analisi della sua domanda di prestazioni d'invalidità, il nostro Servizio Medico Regionale ha potuto constatare che il danno alla salute di cui è portatore si è originato verosimilmente nell'anno 2004. Ciò significa che è entrato in Svizzera nel dicembre 2008 con il problema di salute. Alla luce di quanto sopra, siamo a constatare che non sussiste alcun diritto a rendita, non essendo adempiuti i canonici tre anni di contribuzione necessari a far maturare tale diritto (art. 36, cpv. 1 LAI). In presenza di una completa incapacità lavorativa è esclusa anche l'applicazione di provvedimenti di ordine professionale. AUDIZIONE II nostro servizio medico regionale, dopo aver accuratamente esaminato il rapporto medico del 08.02.2019 sottoscritto dalla Dr.ssa _____, si è pronunciato asserendo che non sono stati prodotti nuovi elementi atti a modificare le conclusioni espresse nel rapporto finale SMR. Il contenuto del progetto di decisione del 17.01.2019 viene pertanto integralmente confermato” (doc. AI 33). Nel suo ricorso e nei complementi del 14 giugno e 8 luglio 2019 il ricorrente, tramite i sanitari del SPS, contestando la tesi dell'Ufficio AI, sostiene in sostanza che al momento dell'ingresso in Svizzera egli non presentava un danno alla salute invalidante, lo stesso essendosi manifestato diversi anni dopo (cfr. in seguito al consid. 2.8). 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti,

dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.7. Per quel che concerne l'invalidità psichica, con due sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale aveva modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità,

il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'afezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un'esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Mediante giudizio del 7 giugno 2016 la Corte federale ha precisato che la suevocata giurisprudenza pubblicata in DTF 141 V 281 trova applicazione anche alla diagnosi di un disturbo post traumatico da stress (DPTS) (DTF 142 V 342 consid. 5.2). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA

32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche in seguito (cfr. STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 consid. 3.3.1 e 3.3.2; 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 consid. 4.1, 4.2 e 4.3). 2.8. Questo Tribunale, chiamato ad esprimersi a proposito della correttezza della valutazione operata dall'amministrazione, e in particolare su quella del 15 gennaio 2019 del dr. _____ del SMR, posta a fondamento della decisione impugnata, non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti, condividerne le conclusioni. In concreto, deve essere premesso che, essendo il ricorrente entrato in Svizzera nel dicembre 2008, proveniente da _____ e _____, alla luce della giurisprudenza sopra citata (cfr. STF 9C_658/2008 del 10 giugno 2009), egli non può pretendere prestazioni per quelle patologie che hanno causato l'invalidità prima dell'arrivo Svizzera. Richiamato il principio per cui decisivo per il diritto a una rendita ordinaria dell'assicurazione per l'invalidità è, conformemente all'art. 36 cpv. 1 LAI, che all'insorgere dell'invalidità (evento assicurato) siano stati pagati i contributi per almeno tre anni e, dall'altro, che, secondo l'art. 4 cpv. 2 LAI l'invalidità è considerata insorta quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione - ricordato come ciò non dipende né dalla data in cui è stata presentata la domanda di prestazioni, né da quando tale prestazioni 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) – nel caso concreto occorre stabilire quando l'invalidità sia insorta. Decisivo è stabilire il momento in cui l'assicurato ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGa) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGa) almeno al 40% (art. 28 LAI). Andrà quindi verificato, giusta l'art. 6 cpv. 2 LAI, se, all'insorgere dell'invalidità, siano stati pagati i contributi almeno per un anno intero (tre anni per una rendita d'invalidità: cfr. art. 36 cpv. 1 LAI) rispettivamente se l'interessato abbia risieduto ininterrottamente in Svizzera per dieci anni (cfr. consid. 2.2-2.4). Ora, nella fattispecie gli atti all'inserto sono assai ridotti e carenti quanto alle condizioni valetudinarie dell'assicurato nel periodo precedente alla sua entrata in Svizzera e a quello immediatamente successivo. Nella domanda di prestazioni presentata il 9 agosto 2018, vale a dire quasi dieci anni dopo il suo arrivo in Svizzera, l'assicurato ha indicato di essere affetto da “forti dolori alla testa, difficoltà nell'espressione verbale e nella deambulazione, cattivi pensieri”. Risulta che egli ha subito il primo di sei ricoveri presso la _____ di _____ dal 4 all'8 giugno 2014 e che in quell'occasione la diagnosi posta era stata quella di “Sindrome di personalizzazione-derealizzazione (ICD 10 F48.1)”. Nel rapporto di dimissione i sanitari hanno osservato che il ricovero era avvenuto per il sospetto di Sindrome da disadattamento - Reazione mista ansioso-depressiva in probabile sindrome post-traumatica da stress (da indagare), esposizione a disastri o guerre. I sintomi lamentati dal paziente, da novembre 2013, erano cefalee molto forti e continui pensieri senza oggetto. Erano quindi stati constatati ruminazioni pseudo-ossessive a carattere egodistonico, pur mantenendo un esame di realtà saldo e i nessi associativi mantenuti, normale mimica e timia. I sanitari hanno quindi osservato che l'assicurato aveva dichiarato di lamentare la sintomatologia riferita all'ammissione “da circa 6 anni”, ma comunque non aveva mai assunto psicofarmaci prima del ricovero il 4 giugno 2014. Sulle cause alla base dei disturbi lamentati i sanitari hanno osservato che era “possibile che alla base delle esperienze-dissociative ci fosse un pregresso trauma o che tale quadro potesse anche iscriversi nell'ambito di un disturbo Post-traumatico da stress”. Non era in ogni modo stato possibile approfondire il sospetto di una sintomatologia psicotica, ritenuto che il

paziente aveva effettuato una degenza troppo breve per permettere un'indagine accurata (doc. AI pag. 56). In occasione del secondo ricovero presso la CPC, dal 30 marzo al 12 maggio 2015, per la diagnosi modificata in “ schizofrenia paranoide, periodo di osservazione inferiore ad un anno” (ICD10: F20.09), i sanitari hanno tra l'altro osservato “ un delirio a carattere paranoide ”, sostenuto dalla presenza di dispercezioni uditive a carattere accusatorio, prescrivendo quindi una terapia medicamentosa affidata alla psichiatra (doc. AI pag. 55). Durante le successive 3 degenze, dal 10 luglio al 7 ottobre 2015, dal 14 al 26 novembre 2015 e dal 13 aprile al 15 maggio 2017 la diagnosi posta è rimasta quella di “ schizofrenia paranoide (ICD10: F20.0)”, alla quale è quindi stata aggiunta anche quella di “ disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive, uso nocivo (ICD10: F 19.1), ritenzione urinaria acuta” in sede del sesto ricovero dal 22 luglio all'8 ottobre 2018 (doc. AI 15). Sul momento dell'insorgenza della patologia psichiatrica, la psichiatra curante dr.ssa _____, il 9 agosto 2018, ha riferito che il paziente era in cura psichiatrica presso il SPS da febbraio 2013 per una “ patologia psichiatrica maggiore di carattere cronico” , attestando un'inabilità lavorativa completa “ almeno da giugno 2014” (doc. AI 1). Agli atti risulta pure un'email del 17 gennaio 2014 di _____ di _____, _____, nella quale menziona l'insorgenza di un “ malessere Psicofisico ” “da mesi ”, contraddistinto da “ forti mal di testa, giramenti di testa, molti pensieri... ”. Menziona il fatto che nel marzo 2013, a seguito dei disturbi lamentati, era stato accompagnato al SPS di _____, dove era stato visto da una psicologa e da uno psichiatra, i quali gli avevano prescritto una terapia farmacologica che l'interessato aveva però interrotto poco tempo dopo ritenendola “ troppo forte ” (doc. AI pag. 63). Nel rapporto medico all'AI del 3 settembre 2018 i medici curanti dello SPS hanno posto le diagnosi di “ schizofrenia paranoide (ICD 10 F 20.0), esposizione a disastri o guerre (ICD 10 Z 65.5)”, precisando che inizialmente era stata posta la diagnosi di “ sindrome da disadattamento, reazione misto ansioso-depressiva, sintomatologia psichica emersa dopo la migrazione, non noti antecedenti psichiatrici ”, attestando un'inabilità lavorativa completa dal 27 febbraio 2018 (doc. AI 4). Ora, sulla base di questa documentazione, con rapporto finale 15 gennaio 2019 il medico SMR dr. _____, specialista in psichiatria, esprimendosi sulla base degli atti ma senza visita clinica, dopo aver posto le diagnosi di “ Schizofrenia paranoide, Disturbo post-traumatico da stress” , e concluso per una totale inabilità lavorativa in ogni attività da situare in epoca “ antecedente al 12.2008, verosimile 2004 ”, ha così riassunto la situazione medica: “ Rifugiato dall' _____, in Svizzera dal 03.12.2008, è in trattamento psichiatrico dal 2014. La diagnosi confermata è di schizofrenia paranoide. Per quanto concerne la data verosimile d'inizio del danno alla salute è verosimile che l'assicurato sia entrato in Svizzera portatore della malattia come si evince dal rapporto d'uscita del 1. ricovero in _____ dal 04.06.2014 al 08.06.2014: è possibile che alla base delle esperienze dissociative ci fosse un pregresso trauma o che tale quadro potesse anche inscrivere nell'ambito di un disturbo post-traumatico da stress. L'assicurato è stato verosimilmente esposto ad eventi e/o situazioni stressanti di natura eccezionalmente spaventosa o catastrofica durante il servizio militare in _____ e la lunga fuga attraverso _____, _____ e _____ verso l'Europa (un fratello sarebbe deceduto in mare nel passaggio dalla _____ all'Europa).” Ha quindi osservato la presenza di “ pensieri intrusivi, spunti interpretativi, idee di riferimento, angoscia psicotica impediscono qualsiasi attività lucrativa” , confermando nuovamente che la diagnosi era “ verosimilmente presente dal 2004 quando ha svolto il servizio militare e ha iniziato la fuga verso l'Europa ” e quindi concluso che egli era giunto in Svizzera “ verosimilmente ”

portatore del danno alla salute “ nonostante la diagnosi definitiva sia stata possibile solo anni dopo a causa delle difficoltà linguistiche oltre che relazionali tra culture profondamente diverse ” (doc. AI 22). Sulla base di questi atti, l'amministrazione ha rifiutato la richiesta di prestazioni con l'argomentazione che il danno alla salute si era originato verosimilmente nell'anno 2004 e quindi prima dell'entrata in Svizzera (doc. AI 25). Questo Tribunale non può condividere. In particolare, la conclusione tratta dal medico SMR per la quale la patologia psichiatrica di cui soffre l'assicurato sia insorta verosimilmente nel 2004, priva peraltro di motivazione, non è esaustiva e appare priva del necessario substrato probatorio e non può quindi essere condivisa dal TCA, ma necessita di ulteriore approfondimento. Agli atti manca in particolare qualsivoglia riferimento alla situazione clinica dell'assicurato prima della sua entrata nel nostro Paese e del resto nemmeno è dato di sapere nulla della sua situazione personale e di salute nel periodo immediatamente seguente al suo arrivo in Svizzera e sino al primo ricovero avvenuto nel giugno 2014. Antecedentemente a tale ricovero non risulta in effetti dagli atti che egli abbia manifestato problemi psichici, fatta eccezione per i riferimenti ad una prima presa a carico presso il SPS di _____ avvenuta nel marzo 2013, come si deduce dalla diana citata email del 17 gennaio 2014 della responsabile di _____ (doc. AI pag. 63). In proposito, nella certificazione del 9 agosto 2018 la psichiatra curante dr.ssa _____ ha riferito che il paziente era in cura psichiatrica presso il SPS da febbraio 2013 per una “ patologia psichiatrica maggiore di carattere cronico” , attestando contestualmente un'inabilità lavorativa completa “ almeno da giugno 2014” (doc. AI 1). L'amministrazione non ha effettuato alcun accertamento inteso a chiarire la situazione del ricorrente nel periodo antecedente al suo primo ricovero, quantomeno mediante un'approfondita valutazione clinica dell'interessato, se necessario facendo capo anche ad un traduttore. In assenza di qualsivoglia accertamento la conclusione tratta dal medico SMR appare quantomeno affrettata e prematura. Del resto sia pure osservato che le psichiatre del SPS dr.sse _____ e _____, che negli ultimi anni hanno avuto in cura l'assicurato, hanno con insistenza criticato le conclusioni del SMR e ne hanno in particolare censurato quella circa l'insorgenza della patologia psichiatrica prima del dicembre 2008 (doc. I). Sulla precisa diagnosi da porre nel caso del ricorrente, le medesime psichiatre hanno tra l'altro evidenziato che il quadro clinico inizialmente lamentato poteva essere verosimilmente inquadrato come post-traumatico. Inizialmente era stata, infatti, posta la diagnosi di “ Sindrome da disadattamento - Reazione mista ansioso-depressiva in probabile Sindrome post-traumatica da stress da indagare, Esposizione a disastri o guerre” . Era quindi tuttavia stato con “ l'osservazione longitudinale del decorso ” che era stato possibile inquadrare come di tipo psicotico (deliri persecutori) la sintomatologia presentata (doc. I). Nell'ulteriore presa di posizione del 14 giugno 2019 la dr.ssa _____ ha ancora osservato: “ (...) Rispetto alla motivazione del rifiuto di erogazione di prestazione AI in quanto le condizioni assicurative non sarebbero adempite essendo il danno alla salute insorto con verosimiglianza preponderante nel 2004, ossia prima dell'entrata in Svizzera, avvenuta nel dicembre 2008 si osserva quanto segue: - facendo riferimento cartella clinica e pertanto alla presa a carico da parte della _____ del sig RI 1 ci risulta che al primo ricovero in Clinica _____ dal 04.06.2014 al 08.06.2014, lo stesso veniva dimesso con diagnosi di: Sindrome di depersonalizzazione-derealizzazione (ICD 10 F48.1). La diagnosi di inizio di presa a carico pertanto differisce dalla patologia diagnosticata successivamente, di Schizofrenia Paranoide per cui veniva accertato il danno alla salute e sul quale si richiede la prestazione. Nella valutazione dello stato clinico all'ammissione si legge che "l'esame di

realtà fosse saldo e i nessi associativi fossero mantenuti, oltre alla non rilevazione di disturbi dispercettivi", a sostegno di una diagnosi incompatibile con la schizofrenia. Al secondo ricovero in Clinica _____ dal 30.03.2019 al 12.05.2019 il paziente veniva dimesso con diagnosi di Schizofrenia paranoide (ICD 10 F20.09) periodo di osservazione inferiore ad un anno. La diagnosi pertanto veniva emessa solo nel 2015 e con la specifica del periodo di osservazione ad un anno, a dimostrazione che l'inizio della patologia causa del danno alla salute è successiva di 7 anni all'ingresso in Svizzera. Rispetto alla valutazione della residua capacità lavorativa si osserva quanto segue: - La patologia di cui soffre il sig RI 1, diagnosticata come schizofrenia paranoide, è di per sé cronica e causa di gravi disabilità relazionali e socio-lavorative. Nel caso specifico riteniamo che la psicopatologia e le conseguenti disabilità siano state aggravate dalla situazione personale di gravi traumi subiti, oltre che dal disadattamento e isolamento relazionale dovuti all'emigrazione. La difficoltà inoltre a comprendere la patologia ed a collaborare alle cure ha reso difficile il trattamento almeno nelle fasi iniziali della presa a carico. Negli anni sono stati tentati diversi inserimenti occupazionali falliti sempre per la gravità delle disabilità pratiche e relazionali conseguenti alla patologia. Si valuta che per quanto descritto la prognosi relativa ad un reinserimento lavorativo sia altamente sfavorevole." (doc. X) In merito il medico SMR dr. _____ in data 19 giugno 2019 ha osservato quanto segue. " Ho preso ulteriore visione della documentazione medica in dossier: emerge come l'assicurato abbia dall'inizio presentato sintomi aspecifici, che non si sono modificati nel tempo: vi era una significativa difficoltà di comunicazione. Si veda come al 1. ricovero in _____ (citato adesso dalla dr.ssa _____ il 14.06.2019): "si esprimeva in italiano e in inglese ma la comprensione era solo parziale". La diagnosi all'uscita era di sindrome di depersonalizzazione -derealizzazione, con un esame di realtà mantenuto. È una contraddizione poiché la definizione secondo ICD 10 di derealizzazione prevede che il paziente affermi che l'ambiente circostante è strano, distorto ovvero un palcoscenico dove tutti stanno recitando. Nello stesso rapporto si fa riferimento all'ipotesi di un disturbo posttraumatico da stress in seguito ad esposizione ad un evento eccezionale (guerra), dunque si rende verosimile una condizione precedente l'arrivo in Svizzera, come da me valutato il 15.01.2019. Nei certificati pervenuti dopo il mio rapporto è fatta costantemente menzione di malessere aspecifico con cefalee molto forti, pensieri parassiti e intrusivi, che nel tempo sono stati associati a diagnosi diverse dal disturbo post-traumatico da stress alla schizofrenia paranoide. In conclusione, la diagnosi di schizofrenia paranoide era posta sì nel 2015, ma sulla base di uno status verosimilmente invariato da anni. Non escludo che le difficoltà linguistiche e socioculturali abbiano contribuito a rendere lungo il processo diagnostico e terapeutico, ma questi non sono fattori medici né permettono di modificare la mia precedente presa di posizione, in assenza di elementi chiari, verosimili ed oggettivi che permettano di stabilire l'insorgenza che la patologia psichica invalidante è insorta in Svizzera." (doc. XII/1) Su queste osservazioni l'8 luglio 2019 ha preso nuovamente dettagliata posizione la dr.ssa _____, come segue: " (...) Facciamo riferimento all'inizio della patologia psichiatrica del sig. RI 1, nello specifico alla patologia psicotica, diagnosticata come schizofrenia paranoide nel 2015, ovvero la patologia per la quale riteniamo che il paziente abbia una disabilità secondaria di tipo sociale e lavorativa, con una prognosi negativa a lungo termine in tal senso. Ribadiamo che dalla documentazione clinica l'inizio della patologia non può essere datato prima del 2015. È riportata nella documentazione clinica una ipotesi (non avvalorata da altre relazioni mediche specialistiche) di pregressa sofferenza psichica, ovvero di un disturbo post-traumatico da

stress, che se anche avesse una sua veridicità, è comunque ben differente come psicopatologia, andamento clinico, possibilità terapeutiche e prognosi clinica e lavorativa rispetto alla schizofrenia, che ha un andamento cronico ed è accompagnata oltre al corredo sintomatologico delirante e allucinatorio, da grave disfunzionamento relazionale e socio-lavorativo. Anche se tale ipotesi fosse vera, la richiesta del riconoscimento AI non si basa di certo su tale ipotesi diagnostica, che avrebbe avuto da sola altre possibilità di cura e riabilitazione per il sig RI 1. Riguardo alla valutazione che la sindrome da derealizzazione e il mantenimento di un esame di realtà siano una contraddizione in termini diagnostici, affermo che tale affermazione non è corretta da un punto di vista nosografico (secondo classificazione ICD X), né tanto meno da un punto di vista psicopatologico e fenomenologico. La definizione stessa di sindrome da depersonalizzazione e derealizzazione nell'ICD X recita: 1. Sintomi da depersonalizzazione, cioè il soggetto ha l'impressione che le sue sensazioni e/o esperienze siano distaccate, distanti, non proprie, perdute, ecc 2. Sintomi da derealizzazione, cioè gli oggetti, la gente e/o l'ambiente circostante " sembrano " irreali (e non come citato nel documento del 21.06.2019 che preveda che il paziente " affermi che sono irreali ..."), distanti, artificiali, senza colore, senza vita ecc. 3. la consapevolezza che questo è un cambiamento soggettivo e spontaneo , non imposto da forze esterne o da altre persone (cioè l'insight è conservato) 4. un sensorio integro e l'assenza di stato confusionale tossico, o di epilessia Dal punto di vista psicopatologico è fondamentale la differenza riguardante la consapevolezza del soggetto che il cambiamento che avverte rispetto ad una omeostasi precedente sia soggettivo, rispetto alla certezza di chi ha un disturbo delirante del pensiero, che per definizione esclude qualsiasi consapevolezza della natura soggettiva del sintomo (la persona affetta da depersonalizzazione e derealizzazione potrà dire per esempio che "è come se" il mondo sia cambiato, ha come l'impressione che il suo corpo si modifichi ma si rende conto che è una sua sensazione). Tale differenza permette di riconoscere e differenziare i disturbi della coscienza del sé (depersonalizzazione e derealizzazione) dai disturbi del pensiero o della percezione (deliri e allucinazioni) da un punto di vista psicopatologico. Pertanto non solo è compatibile che chi soffre di una sindrome di depersonalizzazione e derealizzazione, faccia un corretto esami di realtà (come scritto nella lettera di dimissione del sig RI 1 nel 2014), ma anzi ne rappresenta un criterio diagnostico e dirimente rispetto alla diagnosi di psicosi schizofrenica. Pertanto la psicopatologia e la nosografia dell'ICD X confermano esattamente il contrario di quanto supposto nel documento AI del 21.06.2019. Inoltre osserviamo che la sindrome con cui il sig RI 1 è stato dimesso dalla prima degenza in Canton Ticino, ovvero appunto sindrome da Derealizzazione e Depersonalizzazione (ICD X F 48.1), è classificata nelle Sindrome Nevrotiche, e non nelle sindromi Psicotiche. Per potere fare diagnosi in tal senso è specificato nel manuale che sia necessario fare diagnosi differenziale con la schizofrenia, perché se la sintomatologia fa parte di una sindrome psicotica schizofrenica diagnosticabile, deve essere data la precedenza a quest'ultima come diagnosi principale. Quanto osservato per ribadire che la diagnosi di schizofrenia è stata emessa quando il sig RI 1 era già in Svizzera, presumibilmente come sviluppo psicotico in una persona fragile e gravemente traumatizzata dalla storia di vita. Tale grave sindrome psicotica ha reso inizialmente molto difficile il contatto con lui e ancora compromette la sua collaborazione alle cure. Quando non curato adeguatamente (al momento esegue terapia ambulatoriale coatta) il sig RI 1 ha messo in atto un grave tentativo di suicidio. Da alcuni mesi invece con un lavoro di rete intenso e multidisciplinare è stato possibile il graduale inserimento in una casa con occupazione (casa _____ a _____), con i cui

operatori sta instaurando un rapporto di fiducia, esegue la terapia regolarmente ed è riuscito ad accedere spontaneamente agli ambulatori del Servizio per praticare la terapia. Dal punto di vista clinico per mantenere il compenso e per garantire una qualità di vita soddisfacente per il paziente riteniamo necessario proseguire il progetto terapeutico in corso.” (doc. XIV) Ora, osservato da un lato come su tali osservazioni, ben articolate e motivate, formulate da specialisti del campo che qui è interessato e che ben conoscono la storia clinica del ricorrente, il medico SMR non sia nemmeno stato chiamato ad esprimersi, e dall’altro come le stesse confutino, con precise motivazioni, le conclusioni del medico SMR (segnatamente laddove affermano che “ dalla documentazione clinica l’inizio della patologia non può essere datato prima del 2015 ”), questo TCA non può ignorare le stesse e non può quindi confermare la decisione contestata, senza che prima vengano effettuati i necessari accertamenti. Del resto, quanto in particolare alla circostanza che la problematica di cui è sofferente il ricorrente possa essere (anche) ricondotta alle esperienze difficili vissute in passato dall’assicurato, compresa quella della guerra, deve in ogni modo essere ricordato che i sanitari del SPS hanno con pertinenza osservato che la disabilità maggiore di cui soffre l’assicurato è a loro avviso primariamente da ricondurre alla schizofrenia paranoide (il cui inizio non può essere datato prima del 2015). In merito all’ipotesi (peraltro “non avvalorata da altre relazioni mediche specialistiche”) di una pregressa sofferenza psichica, nel senso di un disturbo post-traumatico da stress, gli specialisti hanno in ogni modo sottolineato che tale ipotesi, se anche avesse una sua veridicità, sarebbe comunque “ ben differente come psicopatologia, andamento clinico, possibilità terapeutiche e prognosi clinica e lavorativa rispetto alla schizofrenia, che ha un andamento cronico ed è accompagnata oltre al corredo sintomatologico delirante e allucinatorio, da grave disfunzionamento relazionale e socio-lavorativo ”. A loro dire insomma anche volendo considerare tale ipotesi come realistica, la stessa avrebbe avuto da sola altre possibilità di cura e riabilitazione per l’assicurato e non sarebbe quindi verosimilmente quella a giustificare l’inabilità lavorativa completa dell’assicurato (cfr. doc. XIV). Sia peraltro osservato che per quanto riguarda la diagnosi, posta dal SMR, di Disturbo post traumatico da stress (DPTS), la giurisprudenza federale ha dichiarato applicabile anche a tale diagnosi la giurisprudenza ricordata sopra in merito alla procedura probatoria strutturata di cui alla DTF 141 V 281 (cfr. STF del 7 giugno 2016 pubblicata in DTF 142 V 342 consid. 5.2; cfr. in esteso sopra al consid. 2.7). In proposito in un giudizio del 16 gennaio 2010 (STF 9C_548/2019), il Tribunale Federale ha ulteriormente precisato che l’ammissione e la motivazione di una DPTS necessita di un’attenzione particolare e di una valutazione particolarmente approfondita, innanzitutto per quanto riguarda il trauma che avrebbe scatenato detto disturbo, affermando, tra l’altro quanto segue: “ (...) 6.3.1. Die Herleitung und Begründung der Diagnose einer PTBS bedarf einer besonderen Achtsamkeit. Dies gilt zunächst für das Belastungskriterium, mithin das auslösende Trauma. Dieses ist nicht in erster Linie und allein von der Gutachterperson bzw. vom Arzt selbst zu klären aber von diesem zwingend zu referieren. Nebst der für die Bejahung einer PTBS bedeutsamen Schwere des Belastungskriteriums erfordert die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung eine eingehende Prüfung. Diese beträgt nach ICD-10 wenige Wochen, bis (sechs) Monate. Besondere Begründung braucht es dabei in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden (BGE 142 V 342 E. 5.2.2 S. 347). Bei der Folgenabschätzung einer PTBS auf das Leistungsvermögen bzw. die Arbeitsfähigkeit ist ein "konsistenten Nachweis" mittels "sorgfältiger Plausibilitätsprüfung" im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens unter Verwendung der

Standardindikatoren notwendig. (DTF 142 V 348 consid. 5.2.3) Come è stato già ricordato, nella fattispecie il medico SMR ha posto la diagnosi di DPTS senza tener conto di queste indicazioni, senza in particolare istruire, e quindi elencare, i traumi concreti subiti dall'assicurato, la menzione vaga per la quale l'assicurato era stato "verosimilmente esposto ad eventi e/o situazioni stressanti di natura eccezionalmente spaventosa o catastrofica durante il servizio militare in _____ e la lunga fuga attraverso _____, _____ e _____ verso l'Europa", non bastando, ai sensi della giurisprudenza, a comprovare la gravità del criterio di addebito con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6, 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b), ma lo lascia semmai soltanto presumere. (cfr. DTF 142 V 348 consid. 5.2.3; cfr. anche STF 9C_81/2019 dell'11 novembre 2019 consid. 3.3.2). Per tutti questi motivi, ritenuti lacunosi gli accertamenti effettuati dall'amministrazione, questo TCA ritiene imprescindibili ulteriori accertamenti, di natura medica e sociale, interpellando anche la curatrice e i servizi sociali che si sono presi carico nel corso degli anni dell'assicurato (in particolare anche i dipendenti di _____, _____; cfr. doc. AI pag. 63), intesi a definire con sufficiente chiarezza quali patologie siano, con ogni verosimiglianza, insorte già prima dell'entrata in Svizzera, e quali in epoca successiva e in ogni modo in che misura, ovvero con quale influsso sulla capacità lavorativa. Sarà a questo scopo imprescindibile definire mediante un'accurata perizia psichiatrica l'esatta natura delle patologie che interessano l'assicurato.

L'amministrazione dovrà chiarire se all'entrata in Svizzera l'assicurato presentava o meno una capacità lavorativa fruibile in un mercato equilibrato del lavoro (fra le tante cfr. DTF 110 V 276 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a), poiché in assenza di essa l'assicurato andrebbe considerato già invalido. Sia inoltre osservato che in concreto del resto non è stato minimamente acclarato se e in che misura l'assicurato abbia esercitato un'attività lavorativa prima di entrare in Svizzera, e successivamente. Alla luce degli esiti degli accertamenti che verranno compiuti, l'amministrazione dovrà in effetti altresì chiarire se, nell'evenienza di una patologia insorta successivamente all'entrata in Svizzera, l'assicurato adempiva le condizioni assicurative minime, ossia se nel momento dell'ipotetico insorgere del diritto alla rendita l'assicurato aveva versato il periodo minimo di contribuzione di 3 anni richiesto dall'art. 36 LAI (cfr. sopra al consid. 2.4). Per tutte le ragioni sopra illustrate, dunque, gli atti devono essere rinviati all'Ufficio AI affinché istruisca in maniera completa ed esaustiva la pratica innanzitutto dal profilo medico, e quindi dal profilo assicurativo.

2.9. Nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist"; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016). Rilevato come, per le ragioni diffusamente esposte al considerando 2.8., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si

giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione, alla quale compete accertare l'esatta natura del danno alla salute invalidante, il momento in cui esso è insorto, segnatamente se prima o dopo l'entrata in Svizzera del ricorrente e, quindi, se del caso, se siano adempiute le condizioni assicurative per il diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità. La decisione impugnata deve di conseguenza essere annullata e l'incarto rinviato all'amministrazione affinché proceda a tutti gli accertamenti necessari e, se del caso, si pronunci nuovamente sul diritto alla rendita (cfr. 9C_568/2008 del 10 giugno 2009) . 2.10. 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 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.