

## **TI\_GERICHTE 32.2020.77 vom 9. November 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-11-09, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2020.77](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.77)

FR: TI\_GERICHTE 32.2020.77 du 9 novembre 2020

IT: TI\_GERICHTE 32.2020.77 del 9 novembre 2020

### **Regeste**

Da 2008 inabile al lavoro 100% per motivi psichici, ma non ha contribuito per almeno 3 anni: non ha D a rendita. Nuova richiesta x peggioramento, non dato perché è sempre stata inabile 100%. Assenza dei presupposti legali poiché peggioramento dovuto al medesimo danno salute del rifiuto, non è nuovo evento

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

marzo 2006), modificato, ma di identico tenore, dal 1° gennaio 2012. 2.3. Nella fattispecie in esame, con decisione del 31 maggio 2010 (doc. 39), cresciuta incontestata in giudicato, l'Ufficio AI ha riconosciuto che dal gennaio 2008 l'assicurata presentava una totale incapacità lavorativa e di guadagno in qualsiasi attività e che dal novembre 2009 aveva diritto a una rendita intera con grado AI del 100%. Tuttavia, poiché dall'estratto del conto individuale è risultato che l'assicurata non ha versato i contributi all'AVS svizzera per il periodo minimo legale di 3 anni, non era possibile attribuirle una rendita AI ordinaria. Dopo questo primo rifiuto, l'interessata ha inoltrato ulteriori richieste di prestazioni all'Ufficio AI - tutte respinte con la non entrata in materia - e da ultimo nel marzo 2020 (doc. 56), oggetto del contendere, lamentando un peggioramento delle sue condizioni di salute. Nel termine entro cui formulare le proprie osservazioni al progetto di decisione del 7 aprile 2020 (doc. 57) con cui l'Ufficio AI non è entrato nel merito della questione, l'assicurata ha sostanziato il suo stato di salute producendo il certificato medico del 23 aprile 2020 (doc. 58) delle dr.sse med. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, e \_\_\_\_\_, attive presso il Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_, sul quale si è subito pronunciato il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, del Servizio Medico Regionale affermando il 28 aprile 2020 (doc. 59) quanto segue: " L'attuale certificato del SPS conferma la diagnosi di schizofrenia nota da anni e relativa inabilità lavorativa totale in ogni attività da gennaio 2008 riconosciuta dall'UAI con decisione del 31.05.2010, in base alla quale non veniva concessa alcuna rendita perché non erano stati versati contributi AVS per almeno tre anni. Non è compito del medico stabilire se sono adesso date le condizioni assicurative per l'attribuzione di una rendita AI e da quando. In ambito medico, sono esclusi provvedimenti professionali o diversi dalla rendita. L'inabilità lavorativa in ambito lucrativo, ripeto, è completa da gennaio 2008 e non è ipotizzabile alcuna modificazione né miglioramento da allora." Con il ricorso l'assicurata ha trasmesso al Tribunale la lettera di dimissione del 22 giugno 2020 (doc. A3), che riferisce del suo ricovero coatto durato dal 2 al 10 giugno 2020 (4a ammissione) presso la Clinica psichiatrica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per schizofrenia paranoide (ICD-10: F20.0). Inoltre, essa ha prodotto al TCA lo scritto del 2 luglio 2020 (doc. A3) allestito sempre dal Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_ per mano delle dr.sse med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, e \_\_\_\_\_, le quali

hanno ritenuto necessario beneficiare delle prestazioni assicurative per potere rispondere alle esigenze terapeutiche dell'interessata, visto che " emergeva un progressivo peggioramento delle condizioni cliniche " che andava preso in considerazione. In particolare, le specialiste hanno osservato che negli anni la somministrazione della farmacoterapia ha permesso di raggiungere un delicato equilibrio che non è esitato in nuovi ricoveri per molto tempo fino a giugno 2020, dato che permette ulteriormente di oggettivare un peggioramento clinico.

2.4. 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 . Nella STF I 734/05 dell'8 marzo 2006 (citata nella STF 8C\_177/2010 del 15 aprile 2010 ) , il Tribunale federale 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.

2.5. Il certificato medico del 23 aprile 2020 (doc. 58) 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 il peggioramento, ha riferito delle condizioni di salute della ricorrente dal 2008 in poi,

diagnosticando la schizofrenia paranoide (ICD-10: F20.0) che in passato ha reso necessari dei ricoveri psichiatrici. Il dr. med. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale si è pronunciato al riguardo ricordando che la diagnosi di schizofrenia nota da anni aveva comportato un'inabilità lavorativa in qualsiasi attività da gennaio 2008 e che da allora non era ipotizzabile alcuna modifica né miglioramento, tanto che erano esclusi provvedimenti professionali o diversi dalla rendita. Anche il successivo referto del 2 luglio 2020 degli psichiatri curanti, tuttavia tardivo ai fini della presente causa, conferma che la schizofrenia paranoide era ancora presente. Di conseguenza, paragonando l'incapacità lavorativa totale per schizofrenia paranoide certificata dai medici curanti e dall'SMR il 31 agosto 2009 (doc. 18) con l'incapacità al lavoro del 100% sempre per schizofrenia paranoide così come descritta dagli specialisti nel 2020 e riconosciuta dal dr. med. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale il 28 aprile 2020 (doc. 59), non è possibile constatare un notevole peggioramento delle condizioni di salute della ricorrente. Infatti, la sostanza delle cose non è mutata, ovvero sia in occasione della prima domanda di prestazioni sia della attuale la ricorrente era completamente inabile al lavoro per motivi psichici. È pertanto a giusta ragione che l'Ufficio AI non è entrato nel merito della richiesta di prestazioni dell'assicurata.

2.6. Questa Corte rileva, inoltre, che la decisione dell'Ufficio AI va comunque confermata anche in virtù del fatto che il diritto alla rendita di invalidità va negato per assenza dei presupposti legali. Decisivo per il diritto a una rendita ordinaria dell'assicurazione per l'invalidità è innanzitutto, conformemente all'art. 36 cpv. 1 LAI, che all'insorgere dell'invalidità (evento assicurato) siano stati pagati i contributi per almeno 3 anni interi. Per determinare ciò, occorre stabilire quando si è manifestata l'invalidità (STFA I 76/05 del 30 maggio 2006, in SVR 2007 IV n. 7, consid. 1.1). 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 nel momento in cui questo diritto nasce conformemente sia all'art. 28 LAI, ovvero 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, sia all'art. 29 cpv. 1 LAI, e quindi 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 cpv. 1 LPGa, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni.

2.7. Per quanto attiene al diritto di cittadini stranieri a una rendita di invalidità giusta l'art. 6 cpv. 2 LAI, il Tribunale federale ha stabilito che 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). Il Tribunale federale ha per contro lasciato aperta la questione di sapere se, nell'ambito esaminato, 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. 3.3; 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 (consid. 3.1).

2.8. In concreto, come visto, la decisione del 31 maggio 2010 ha riconosciuto che dal gennaio 2008 l'assicurata presentava una totale incapacità lavorativa, ma l'Ufficio AI ha accertato che all'insorgere dell'invalidità l'assicurata ha versato contributi all'AVS per 2 anni e 10 mesi (doc. 27) fra il 2000 e il 2008 e quindi non presentava il periodo minimo di contribuzione di tre anni ai sensi dell'art. 36 cpv. 1 LAI per poterle attribuirle una rendita AI ordinaria. Nemmeno erano dati i presupposti per riconoscerle una rendita AI straordinaria ai sensi dell'art. 42 LAVS (doc. 28). Il 28 aprile 2020 il dr. med. \_\_\_\_\_ dell'SMR si è espresso sul rapporto medico prodotto dall'assicurata a titolo di osservazioni al progetto di decisione e ha affermato che l'inabilità lavorativa in ambito lucrativo era completa da gennaio 2008 per schizofrenia. Visto che l'eventuale peggioramento dello stato di salute (rispettivamente della situazione valetudinaria) rilevato a seguito della nuova domanda di prestazioni è indubbiamente da far risalire al medesimo danno alla salute extra-somatico alla base della decisione di rifiuto del 31 maggio 2010, secondo la giurisprudenza dianzi citata (e in particolare della DTF 136 V 369 e della STF 9C\_658/2008 del 10 giugno 2009, consid. 3.2) ciò esclude il verificarsi di un nuovo evento assicurato. Pertanto, a ragione l'Ufficio AI non ha concesso il diritto ad una rendita di invalidità, avendolo già respinto in precedenza per lo stesso motivo (psichico) alla base della domanda qui in esame.

2.9. La circostanza che dal 1° gennaio 2009 (doc. 44) la ricorrente risulta iscritta alla Cassa cantonale di compensazione come persona senza attività

lucrativa e che quindi da allora ha versato i contributi, è ininfluente per stabilire gli effetti della patologia psichica insorta già nel 2008 sul suo diritto a una rendita, ma può se del caso essere determinante qualora essa presentasse in futuro un nuovo danno alla salute indipendente da quello che è stato oggetto della decisione del 31 maggio 2010. 2.10. 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, come già deciso negli anni scorsi in occasione di altre domande di prestazioni, un peggioramento delle condizioni di salute che esula dall'aspetto psichico, già indagato nel 2009 e per il quale è già stata emessa la decisione del 31 maggio 2010, non era senza dubbio dato. Inoltre, senza la contribuzione minima di tre anni già accertata nel 2010 l'assicurata non avrebbe comunque avuto diritto alla rendita di invalidità per ciò che concerne le affezioni psichiche.

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