

## **TI\_GERICHTE 32.2024.54 vom 21. Mai 2024**

TI Tribunale d'appello, 2024-05-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2024.54](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.54)

FR: TI\_GERICHTE 32.2024.54 du 21 mai 2024

IT: TI\_GERICHTE 32.2024.54 del 21 maggio 2024

### **Erwägungen**

#### **E. 38**

consid. 1a, 1985 pag. 336). Infine, va rilevato che s e 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) e modificato dal 1° gennaio 2012, ma di identico tenore. 2.3. Come rilevato nelle considerazioni di fatto il ricorrente, dal 1° aprile 2015, è al beneficio di una mezza rendita di invalidità sulla base di un accertamento peritale anche di natura psichiatrica fatto allestito dall'UAI che ha ritenuto una patologia con conseguente inabilità lavorativa variabile (dal 100% al 40%) dall'8 aprile 2014 e la conseguente attribuzione di una rendita con un grado di invalidità del 52% (doc. 123). Una revisione d'ufficio del diritto alla rendita è stata avviata a fine 2020. Allestita una perizia pluridisciplinare nel 2023 (doc. 212) l'UAI ha ritenuto che l'assicurato, in attività adatta, presentava una capacità lavorativa globale del 60% dal 22 marzo 2019. Dal punto di vista pneumologico, l'assicurato risultava inabile al lavoro al 100% come contadino a causa della malattia enfisematosa bollosa estesa, della probabile componente asmatica e del tabagismo attivo, che rendevano impossibile svolgere lavori fisici pesanti o medio-pesanti, mentre era abile al 100% in lavori fisici leggeri e sedentari. Dal punto di vista psichiatrico, la sindrome ansioso-depressiva secondaria a cronico disadattamento sociale (F41.2) in tratti di personalità disfunzionali misti, i problemi legati al lavoro e disoccupazione (Z59) e i problemi legati alla cerchia familiare ristretta (Z63.8) comportavano dei gradi di disabilità da lievi a gravi a dipendenza dell'ambito di competenza, con conseguente capacità lavorativa globale in attività adatta pari al 60%. Sentito il SMR (doc. 213), la procedura di revisione si è chiusa il 4 gennaio 2024 (doc. 214) con la comunicazione da parte dell'Ufficio AI all'assicurato che la sua rendita di invalidità era immutata e che dunque egli continuava a beneficiare di una mezza rendita con grado AI del 52%. Dopo soli tre mesi, l'amministrazione ha ricevuto direttamente dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ lo scritto del 25 marzo 2024, con cui la curante (dal 2014) ha segnalato un peggioramento dell'equilibrio psichico del suo paziente, a suo dire reso ancora più fragile dalle preoccupazioni relative a una sua possibile espulsione dal nostro Paese con conseguente perdita della rendita AI e delle PC nel frattempo riconosciute. Secondo il rapporto della curante un rientro dell'assicurato in \_\_\_\_\_ non gli permetterebbe di sopravvivere a causa delle sue condizioni psicofisiche e delle sue risorse personali (nulle) tali da non consentirgli di

lavorare ed a fronte del livello di assistenza sanitaria che non consentirebbe cure adeguate sia per gli aspetti somatici sia per le patologie psichiatriche. La dr.ssa \_\_\_\_\_ osserva poi come l'assicurato sarebbe discriminato nel suo paese a causa della sua etnia e lì non avrebbe contatti e sostegno. Per la specialista, la consapevolezza di vivere in una condizione così instabile e con oggettivi limiti invalicabili qualora l'espulsione si concretizzasse, renderebbe l'interessato estremamente sofferente e dalla gestione molto difficile. Il rapporto segnala che il ricorrente vive da solo, non ha amicizie ed è stato ripudiato dalla sua famiglia a seguito dei sospetti di commissione di un reato di natura sessuale commesso nell'ambito familiare oggetto di accertamenti da parte dell'autorità penale. L'UAI ha sottoposto al SMR il rapporto della curante ed il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, il 9 aprile 2024 (doc. 222) ha concluso che non era giustificato entrare in materia sulla richiesta di revisione implicitamente formulata dalla collega: " Ho preso attenta visione della comunicazione della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 25.03.2024. La collega fa riferimento alle preoccupazioni del suo paziente relative alla possibile espulsione dal territorio svizzero, situazione umanamente comprensibile ma che, di per sé, è priva di valenza medico-assicurativa. Si tratta, infatti, di una condizione di competenza giuridico-amministrativa, che non può trovare una soluzione medica rispettivamente, in assenza della prospettata espulsione, verosimilmente lo stato psichico dell'assicurato sarebbe rimasto invariato. In assenza di elementi oggettivi, non di natura biosociale, che possano giustificare un peggioramento, non è giustificato entrare in materia.". Sulla scorta di queste considerazioni l'amministrazione non è entrata in materia sulla domanda di revisione dell'assicurato, conclusione contestata, come indicato, dall'assicurato sulla base anche di nuove evidenze cliniche (doc. D). 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 delle assicurazioni 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 dalle 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 rapporto medico del 25 marzo 2024 della dr.ssa \_\_\_\_\_, riferisce un unico problema giuridico con incidenza socioeconomica avente rilievi psichiatrici (secondo sua valutazione) ovvero la possibile espulsione dell'assicurato dal territorio svizzero e le sue ripercussioni (perdita della rendita di invalidità e alle prestazioni complementari, l'impossibilità di vivere in \_\_\_\_\_). La condizione d'instabilità in cui vivrebbe l'assicurato peserebbe ed andrebbe ad aggiungersi al problema di carattere penale per il reato di natura sessuale che egli avrebbe commesso nei confronti di un suo familiare. Questa situazione renderebbe l'assicurato fragile e sofferente, difficile da gestire, tanto che nemmeno esisterebbe una terapia farmacologica efficace. L'assicurato necessiterebbe addirittura di essere aiutato nei compiti più elementari, quali la preparazione dei pasti, le pulizie approfondite e il bucato. Come indicato su questo referto si è espresso il dr. med. \_\_\_\_\_ le cui conclusioni (datate 9 aprile 2024) devono qui essere pienamente condivise. Lo specialista SMR ha osservato che il tema dell'espulsione non ha una valenza medico-assicurativa e non può sfociare in una soluzione di carattere medico perciò, in assenza di elementi oggettivi che comprovino un peggioramento delle sue condizioni di salute, non era giustificato entrare in materia sulla sua domanda di revisione.

2.6. Come da giurisprudenza costante i fattori psicosociali (problemi di coppia, difficoltà personali, disoccupazione, problemi di natura finanziaria, ecc.) non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno (STF 9C\_990/2012 del 10 giugno 2013, consid. 5.2.3 con riferimenti; STCA 32.2019.159 del 2 giugno 2020, consid. 2.8; STCA 32.2019.10 del 20 gennaio 2020, consid. 2.7; STCA 32.2018.189 del 14 ottobre 2019, consid. 2.12), in particolare non vi figurano i problemi reattivi a una decisione negativa dell'autorità, altrimenti la nozione legale d'invalidità verrebbe svuotata di contenuto (STF 9C\_799/2012 del 16 maggio 2013 consid. 2.5 con riferimenti; STF 9C\_640/2017 del 28 dicembre 2017 consid. 3.2; STCA 32.2023.89-90 del 29 aprile 2024, consid. 2.9; STCA 32.2023.47 dell'8 gennaio 2024, consid. 2.8.3; STCA 32.2023.3 del 17 aprile 2023, consid. 2.12.2; STCA 35.2022.44 del 6 marzo 2023, consid. 2.4.7; STCA 32.2019.159 del 2 giugno 2020, consid. 2.8; STCA 32.2018.137 del 20 agosto 2019, consid. 1.8). Se il quadro clinico è influenzato da fattori psicosociali e socioculturali, di questi ultimi va fatta astrazione quali fattori non invalidanti e, quindi, non assicurati, nella misura in cui influenzano direttamente la sintomatologia e non mantengono soltanto indirettamente un danno alla salute (autonomo) oppure ne aggravano le conseguenze (esistenti indipendentemente dagli elementi estranei all'invalidità), si veda in particolare la STF 8C\_14/2017 del 15 marzo 2017, consid. 5.3 = SVR 2017 IV Nr. 63). Fattori esterni, non medici, non determinano dunque un'invalidità ai sensi di legge in assenza di reperti

psichiatrici da essi distinguibili. 2.7. Nel caso in esame, quando nel marzo 2024 la psichiatra ha comunicato all'amministrazione un aggravamento delle condizioni di salute del suo paziente, essa ha fatto leva sul tema della possibile espulsione dal territorio svizzero dell'assicurato e le sue conseguenze economico sociali (rientro in \_\_\_\_\_ con le difficoltà derivanti dalla sua etnia, dall'assenza di lavoro, dalle carenze sanitarie in loco e dall'assenza di sostegni possibili). Come indicato, per costante prassi, si tratta di elementi di cui non si può tenere conto e dai quali bisogna fare astrazione siccome fattori esterni non invalidanti e quindi non atti ad originare un'incapacità di guadagno del ricorrente. Nel suo scritto, la curante, non ha invece portato elementi che, oggettivamente, descrivono uno stato di salute peggiore rispetto a quello accertato con l'ultima valutazione di merito delle condizioni di salute dell'assicurato (4 gennaio 2024) e non ha reso verosimile un peggioramento con un certificato contenente dei validi e solidi aspetti medici e quindi oggettivabili. La dr.ssa \_\_\_\_\_ non ha esposto un quadro clinico dettagliato dell'assicurato, ma si è limitata a indicare che egli era: " acutamente sofferente e dalla gestione difficilissima, in quanto vive solo, non ha amicizie, è stato "ripudiato" dalla famiglia (...) non lo posso certo ricoverare sine die e nemmeno esiste una terapia farmacologica che lo possa aiutare realisticamente.". Inoltre, fra i motivi per cui, a suo dire, l'interessato non sarebbe in grado di sopravvivere se fosse espulso verso il \_\_\_\_\_, la psichiatra ne ha menzionato uno solo avente attinenza con le sue condizioni di salute, mentre gli altri tre esulano totalmente dal contesto medico e quindi non gli sono di alcun aiuto per rendere verosimile un notevole peggioramento del suo stato di salute. La specialista non ha peraltro esposto l'anamnesi, la diagnosi e neppure una valutazione medica più approfondita delle condizioni di salute del ricorrente. La sola indicazione di chiaro carattere medico è la terapia farmacologica in essere dal 30 novembre 2023, successiva quindi alla perizia pluridisciplinare del 26 settembre 2023 che si è svolta nella primavera di quell'anno, ma la curante non ha fornito elementi di natura medica, oggettivi, atti a dare un quadro clinico soddisfacente del ritenuto aggravamento dello stato di salute dell'assicurato. Nemmeno l'affermazione secondo cui il ricorrente vive una quotidianità fatta di solitudine e "di deriva", senza miglior argomento e senza quindi indicare a cosa si riferisca questa condizione, è sufficiente per riconoscere che vi sia stato un peggioramento delle sue condizioni di salute. Infine, l'incapacità di occuparsi della propria economia domestica non è necessariamente riconducibile allo stato di salute psicofisico. Ci si può infatti chiedere se le peggiorate abitudini alimentari e l'attestata incapacità di svolgere le usuali faccende domestiche siano effettivamente da riportare allo stato psichiatrico od invece ad altri fattori quali il forzato allontanamento dall'abitazione familiare nel 2021 in conseguenza del procedimento penale che lo ha visto imputato di ripetuti atti sessuali con fanciulli in danno di un minore di anni 16 con il quale ha un legame di sangue, fatti avvenuti nel corso di 2 anni dal luglio 2018 al luglio 2020, del reato di pornografia (commessa nel medesimo periodo), di ripetuta violazione del dovere d'assistenza ed educazione nonché per inganno nei confronti delle autorità (Ufficio della migrazione; commesso nel giugno 2021), come indica l'atto d'accusa \_\_\_\_\_/2023 del \_\_\_\_\_ febbraio 2023 (doc. 212 pag. 774/1028) sfociato nel processo svoltosi il \_\_\_\_\_ 2023. Qui va comunque evidenziato che la valutazione della curante sulla scorta della quale è postulata la revisione del diritto alla rendita, non spiega e non reca elementi a supporto tali da giustificare le cause degli impedimenti in ambito casalingo e non li riconduce necessariamente alla patologia psichiatrica, potendo essi trovare ragioni in aspetti sociali. Quanto al nuovo referto medico del 29 agosto 2024 (doc. D), allestito a richiesta del patrocinatore e della curante, prodotto

pendente causa al TCA, attesa oggettive difficoltà cognitive. La valutazione accerta in sostanza una ipofunzionalità attentivo-esecutiva. La curante, trasmettendo l'atto al patrocinatore, indica che i test neurologici "hanno confermato le difficoltà cognitive", circostanza comunque palese non potendo le stesse essere successive all'ultima procedura di revisione del diritto alla rendita AI. Il test non apporta nulla di nuovo e di rilevante ed anche se dovesse essere ritenuto nella valutazione non muterebbe il risultato cui perviene questa Corte. In ogni modo il doc. D non può, secondo la giurisprudenza, essere considerato siccome trasmesso ben oltre l'invio della domanda di revisione e addirittura al di fuori della procedura amministrativa, che si è conclusa il 21 maggio 2024 con l'emanazione della decisione impugnata. Come indicato tale atto non deve essere considerato quale mezzo di prova per l'istanza di revisione. Infine, l'indicazione dei farmaci assunti dal 1° dicembre 2023 dall'insorgente non rende verosimile, da sola, un peggioramento delle condizioni psichiche dal 4 gennaio 2024, non essendo accompagnata, come visto, da una diagnosi, da una constatazione oggettiva dello stato clinico dell'assicurato e da una valutazione psichiatrica complessiva della sua capacità lavorativa e delle sue risorse che ne giustifichino l'assunzione. 2.8. In conclusione, l'insorgente non ha reso verosimile che la situazione clinicamente accertata nel marzo 2024 da parte della psichiatra curante al momento di inoltrare la domanda di revisione in esame fosse peggiore (e lo fosse in maniera notevole) rispetto alle sue condizioni di salute su cui si è basato l'Ufficio AI il 4 gennaio 2024, quando, dopo avere esperito una perizia pluridisciplinare, gli ha comunicato che la rendita di invalidità percepita in precedenza (dal 2015) rimaneva immutata (mezza rendita con grado AI del 52%). È pertanto a ragione che l'amministrazione non è entrata nel merito dell'istanza di revisione dell'assicurato. La decisione impugnata deve dunque essere confermata. 2.9. L'art. 61 lett. a LPGA prevede che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Giusta l'art. 61 lett. f bis LPGA, in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI, la procedura di ricorso dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI 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 vanno addebitate al ricorrente.

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