

TI_GERICHTE 32.2012.213 vom 7. August 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-08-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.213

FR: TI_GERICHTE 32.2012.213 du 7 août 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.213 del 7 agosto 2012

Regeste

Domanda tardiva; a ragione rifiutato il versamento della rendita intera limitata nel tempo (riconosciuta retroattivamente). Rinvio atti per accertamento medici pluridisciplinari e resa di un nuovo provvedimento

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.02.2013 32.2012.213 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.02.2013 32.2012.213 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.02.2013 32.2012.213

Domanda tardiva; a ragione rifiutato il versamento della rendita intera limitata nel tempo (riconosciuta retroattivamente). Rinvio atti per accertamento medici pluridisciplinari e resa di un nuovo provvedimento

Raccomandata Incarto n. 32.2012.213 FS Lugano 22 febbraio 2013 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Francesco Storni , vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 31 agosto 2012 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 7 agosto 2012 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto e in diritto che

- RI 1, classe 1954, nel mese di giugno 2010 ha presentato una richiesta di prestazioni AI per adulti in quanto affetta da esiti di adenocarcinoma sieroso dell'ovaio stadio III (dicembre 2008), neuropatia periferica residua, esiti di chemioterapia con taxolo e carboplatino (da gennaio a maggio 2009) e sindrome ansiosa (doc. AI 10/1-9);
- con decisione 7 agosto 2012 l'Ufficio AI ha negato all'assicurata il diritto a prestazioni precisando che dal 1. dicembre 2009 al 31 agosto 2010 ella ha diritto ad una rendita intera che non può tuttavia essere versata essendo la domanda tardiva; - contro la decisioni del 7 agosto 2012, tramite l'avv. RA 1, l'assicurata ha interposto ricorso con il quale, con argomentazioni di cui si dirà se necessario in seguito, ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata con riconoscimento del diritto alla rendita intera dal 1. dicembre 2009 e, in via subordinata, il rinvio degli atti all'amministrazione affinché, previo un accertamento medico pluridisciplinare con conseguente nuova valutazione economica, si pronunci nuovamente sul diritto a prestazioni; - con la risposta 1. ottobre 2012, visti le annotazioni 7 settembre 2012 del medico SMR dr. _____ e l'estratto del conto individuale 27 ottobre 2010 (IV/1-2), l'Ufficio AI ha chiesto di respingere il ricorso; - con replica 12 ottobre 2012 l'insorgente ha presentato le proprie osservazioni in merito alla risposta di causa e all'annotazione 7 settembre 2012 del dr. _____ producendo il certificato medico 4 ottobre 2012 del dr. _____ e il rapporto 8 ottobre 2012 del dr. _____ (VIII e A/6-7); - con duplica 12 novembre 2012 – confermati la ripartizione tra parte salariata (78%) e parte casalinga (22%), la mancata applicazione del gap e le

riduzioni operate sul reddito ipotetico da invalida – , riconosciuta la necessità di effettuare nuovi accertamenti medici, l'Ufficio AI ha chiesto il rinvio degli atti con accollo delle spese alla parte ricorrente visto che "(...) la comunicazione in merito alla presa a carico psichiatrica "indiretta" ed il trattamento medicamentoso della stessa potevano già essere oggetto di comunicazione in fase di audizione dinnanzi all'amministrazione (...)" (X); - con osservazioni 28 novembre 2012 l'insorgente ha, da una parte accettato la proposta di rinvio degli atti, dall'altra ha chiesto di porre spese e ripetibili a carico dell'Ufficio AI riconfermandosi negli argomenti sviluppati con il ricorso e nella replica; - la presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 LOG (STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008); - oggetto del contendere è sapere se a ragione l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurata il diritto ad una rendita intera dal 1. dicembre 2009 al 31 agosto 2010 rifiutando tuttavia il versamento della prestazione essendo la domanda tardiva. L'insorgente postula l'annullamento della decisione impugnata con riconoscimento del diritto ad una rendita intera dal 1. dicembre 2009 e, in via subordinata, il rinvio degli atti all'Ufficio AI affinché, previo un accertamento medico pluridisciplinare con conseguente nuova valutazione economica, si pronunci nuovamente sul diritto a prestazioni; - secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perchè il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 46). Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone

intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1); - per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, 2003, pag. 128). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007); - per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGGA (DTF 131 V 164; 131 V 120; 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005; I 299/03 del 29 giugno 2004). A sua volta, l'art. 17 cpv. 1 LPGGA stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). Se la capacità al guadagno

dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137); - se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto dell'incapacità di guadagno non è possibile poiché - in simili condizioni - l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGA parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità, SVR 1996 IV Nr. 76 pag. 221 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136). In questo senso l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. A sua volta, l'art. 27 cpv. 1 OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità e che per mansioni consuete dei religiosi s'intende ogni attività svolta dalla comunità. L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragona quindi l'attività svolta dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quella che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, Les assurances sociales en Suisse, 1995, pag. 458; Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro; - nel caso in cui invece l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa risulta applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI secondo cui: "se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGA. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello

svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti." .

Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato diverse volte confermato dal TF (DTF 133 V 504, SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 seg., STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in Plädoyer 5/06 pag. 54 seg.). In DTF 137 V 333 l'Alta Corte ha concluso che il metodo misto di valutazione dell'invalidità non viola né il diritto al rispetto della vita privata e familiare garantito dagli art. 13 cpv. 1 Cost. e 8 CEDU né i principi della parità di trattamento e del divieto di discriminazione sanciti dall'art. 8 Cost. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9 l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza ed ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI [nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004]) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni - 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Va inoltre ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008 e STFA I 462/05 del 25 aprile 2007); - nella fattispecie in esame, quanto al rifiuto del versamento della rendita intera per il periodo dal 1. dicembre 2009 al 31 agosto 2010, questo Tribunale rileva innanzitutto che con lettera 12 marzo 2009 l'Ufficio AI ha comunicato all'assicurata di aver ricevuto la comunicazione di rilevamento tempestivo del 9/11 marzo 2009 (doc. AI 4/1-2) precisando che "(...) per quanto riguarda la domanda di AI al momento è prematuro depositarla. Sarà da inoltrare entro la metà di maggio 2009 (entro 6 mesi dall'insorgenza del danno alla salute). (...)" (doc. AI 5/4). Con lettera 12 maggio 2010 l'amministrazione ha poi trasmesso all'assicurata il formulario per la richiesta di prestazioni AI invitandola a volerlo rinviare compilato (doc. AI 9/1). La domanda di prestazioni è stata inoltrata il 7 giugno 2010 (doc. AI 10/1-9). In simili circostanze, conformemente all'art. 29 cpv. 1 LAI che stabilisce che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto a prestazioni, a ragione l'Ufficio AI ha negato il versamento della rendita intera, riconosciuta limitatamente al periodo dal 1. dicembre 2009 al 31 agosto 2010, in quanto la domanda era tardiva. Non è infatti possibile concludere diversamente solo perché dagli atti (cfr. ad esempio la lettera 9 giugno 2010 sub doc. AI 14/1) risulta che l'amministrazione ha fatto riferimento alla domanda dell'11 marzo 2009. Inoltre, visto che dal questionario del 10 agosto 2009 sub doc. 11/1-3 dell'incarto cassa malati emerge che l'insorgente era a conoscenza del fatto che la richiesta inoltrata nel marzo 2009 all'Ufficio AI era prematura, nemmeno è possibile concludere che essa non abbia inoltrato la domanda AI prima del mese di giugno 2010 in quanto in buona fede riteneva e/o poteva ritenere di averlo già fatto. Del resto, nel messaggio del 2 agosto 2005 concernente la modifica della legge federale

sull'assicurazione invalidità (5 a revisione dell'AI) si legge, in particolare, che "(...) Il sistema del rilevamento tempestivo ha un carattere facoltativo. Non sarà introdotto l'obbligo di notificazione come ad esempio nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni. In questo modo né l'assicurato né il datore di lavoro saranno soggetti a tale obbligo e pertanto non vi saranno conseguenze svantaggiose in caso di omissione. Questo carattere facoltativo è espresso anche dal fatto che una comunicazione per un rilevamento tempestivo non costituisce una domanda ufficiale presso l'AI ai sensi dell'articolo 29 LPG. Come è previsto attualmente, a conclusione degli accertamenti nel quadro del rilevamento tempestivo, l'assicurato deve annunciarsi all'AI. Questa domanda può tuttavia essere presentata anche in futuro direttamente all'AI senza una consultazione preliminare nel quadro del rilevamento tempestivo. (...)" (FF N. 30 del 2 agosto 2005, pag. 4044, la sottolineatura è del redattore). Pertanto – ritenuto che il "Modulo di comunicazione per adulti: rilevamento tempestivo" 9/11 marzo 2009 (doc. AI 4/1-2) non configura una domanda di prestazioni AI e che l'assicurata era e/o doveva essere a conoscenza del fatto che a quell'epoca era prematuro depositare una richiesta in quel senso (come sopra evidenziato si ribadisce, da una parte, che con lettera 12 marzo 2009 l'amministrazione l'aveva invitata espressamente a inoltrare una domanda entro la metà di maggio 2009: "(...) per quanto riguarda la domanda di AI al momento è prematuro depositarla. Sarà da inoltrare entro la metà di maggio 2009 (entro sei mesi dall'insorgenza del danno alla salute) (...)"; doc. AI 5/4 e, dall'altra parte, che dal questionario del 10 agosto 2009, sub doc. 11/1-3 dell'incarto cassa malati, risulta che l'insorgente era a conoscenza del fatto che la richiesta inoltrata nel marzo 2009 all'Ufficio AI era prematura – non può essere seguita la ricorrente laddove, per contestare la tardività dell'inoltro della domanda di prestazioni, adduce che "(...) in base all'art. 29 LAI e 29 LPG, qualora una richiesta non è introdotta nelle debite forme, per i termini, fa stato l'inoltro della domanda. In concreto la domanda di prestazioni assicurative è stata presentata la prima volta il 9/11 marzo 2009 (cfr. doc. 4 dell'incarto AI) e poi ripresentata su richiesta dell'Ufficio AI il 7 giugno 2010. Sta di fatto che la domanda di prestazione è stata resa pendente già nel marzo 2009. (...) (I, punto 6); - in particolare l'assicurata non può nemmeno essere stata tratta in errore per il fatto che l'Ufficio AI il 12 maggio 2010 le ha trasmesso la richiesta di prestazioni AI con la preghiera di ritornarla compilata (doc. AI 9/1). Infatti a quel momento il termine utile indicatole (con scritto 12 marzo 2009; cfr. doc. AI 5/4) entro il quale inoltrare la domanda di prestazione (meglio il mese di maggio 2009 ovvero entro sei mesi dall'insorgenza del danno nel dicembre 2008) era già passato e pertanto in buona fede l'insorgente non poteva ritenere che le fosse stato indicato un nuovo termine utile per presentare la richiesta; - visto quanto precede (indipendentemente dall'esito dei necessari accertamenti medici ed economici di cui si dirà) a ragione l'amministrazione ha ritenuto quale domanda AI quella del 7 giugno 2010 (doc. AI 10/1-9) e, di conseguenza, l'eventuale diritto al versamento della rendita non potrà essere riconosciuto prima del dicembre 2010 (art. 29 cpv. 1 LAI); - per quanto attiene alla valutazione medica dagli atti risulta che la dr.ssa _____, vice primario _____ dell'Ospedale _____, nel rapporto 6 settembre 2010 (doc. AI 21/1-5), nell'anamnesi ha indicato degli "(...) stati depressivi (...)" (doc. AI 21/2). Dal canto suo il dr. _____, FMH in medicina interna cardiologia – dopo che nel precedente rapporto del 10 luglio 2010 (doc. AI 20/1-4) quali impedimenti psichici riscontrabili ha indicato: "(...) psichicamente: difficoltà, stato ansioso, insonnia, disturbi della concentrazione / memoria / astenia (...)" (doc. AI 20/2 punto 1.7) – , nel rapporto del 25 ottobre 2011 (doc. AI 35/1-7), ha attestato, tra le altre cause dell'incapacità lavorativa, una "(...) sindrome

ansioso-depressiva reattiva con disturbi neuropsicologici (disturbi della memoria / concentrazione), insonnia cronica (...)" (doc. AI 35/2) precisando, circa l'attività professionale svolta finora, che "(...) psichicamente: stato ansioso-depressivo, ha una notevole difficoltà nei rapporti con i pazienti per il proprio stato personale (non ci tiene a parlare della sua malattia), rendimento ridotto rispetto a prima della malattia tumorale con difficoltà ad alzarsi la mattina, adinamia mattutina ed astenia durante la giornata. Disturbi della concentrazione legati probabilmente allo stato depressivo. (...)" (doc. AI 35/4). Anche il dr. _____, capo servizio del Servizio di neurologia dell'Ospedale regionale di _____, nel rapporto 20 novembre 2011 indirizzato al dr. _____ (doc. AI 35/13-15), ha evidenziato che "(...) il quadro esposto sembrerebbe piuttosto compatibile con un sovraccarico psichico (ben comprensibile nella sua situazione). Questi segnali d'altra parte potrebbero essere l'espressione di una forma depressiva (...)" (doc. AI 35/14); - viste le risultanze suesposte questo Tribunale ritiene che già sulla base di detti atti medici l'amministrazione avrebbe dovuto approfondire l'aspetto psichiatrico. Questo vale a maggiore ragione ritenuto che senza interpellarla puntualmente in merito alla questione a sapere se fosse seguita da uno psichiatra e/o se seguisse una terapia in questo senso, l'Ufficio AI – sulla sola base del rapporto finale 19 gennaio 2012 dei medici SMR dr. _____, FMH in medicina interna e dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, che del resto nemmeno hanno visitato l'assicurata (doc. AI 37/1-3) – non poteva ancora concludere con la sufficiente tranquillità che l'insorgente non soffrisse di una patologia psichiatrica invalidante. L'Ufficio AI si è poi contraddetto allorquando nella decisione impugnata ha specificato che l'inabilità lavorativa è da intendersi come riduzione di presenza senza riduzione di rendimento (in questo senso il rapporto finale SMR dell'11 aprile 2011 sub doc. AI 28/1-4) mentre che dal rapporto finale SMR del 19 gennaio 2012 (doc. AI 37/1-3) e dall'annotazione 7 settembre 2012 del medico SMR dr. _____ si evince invece che "(...) bisogna però riconoscere un rendimento ridotto (e non un'orario lavorativo ridotto) del 50% nell'attività di salariata (...)" (IV/1). Inoltre – nonostante il dr. _____, circa la documentazione medica prodotta con il ricorso, nell'annotazione 7 settembre 2012, abbia concluso che "(...) l'attuale documentazione presentata in sede di ricorso non evidenzia una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla documentazione già a disposizione. (...)" (IV/1) – , anche se il certificato medico del 4 ottobre 2012 del dr. _____ e il rapporto 8 ottobre 2012 del dr. _____ (doc. A/6 e A/7) concernono essenzialmente all'aspetto psichiatrico, con la duplica l'Ufficio AI ha concluso per la necessità di un accertamento medico pluridisciplinare (internistico, oncologico, neurologico e psichiatrico); - in simili circostanze la valutazione medica operata dall'Ufficio AI appare lacunosa e contraddittoria e pertanto senza i necessari accertamenti medici l'Ufficio AI non poteva ancora determinarsi sul diritto a prestazioni; - la decisione impugnata va di conseguenza annullata e gli atti rinviati all'Ufficio AI – come del resto auspicato in sede di duplica dalla medesima amministrazione viste le annotazioni 6 e 12 novembre 2012 dei medici SMR dr. _____ e dr. _____ – affinché esperiti i necessari accertamenti medici pluridisciplinari e aggiornati quelli economici si pronunci nuovamente sul diritto a prestazioni; - quanto alle censure (confermate in sede di osservazioni scritte del 28 novembre 2012; XII) concernenti la ripartizione tra salariata (78%) e casalinga (22%), la mancata applicazione del gap e le riduzioni operate sul reddito ipotetico da invalida, questo Tribunale rileva quanto segue. Se da una parte dagli atti di causa risulta effettivamente una convergenza tra le dichiarazioni del datore di lavoro – che nel questionario del 10 luglio 2010 (doc. AI 19/1-6) alla domanda circa le ore di lavoro

prima del danno alla salute ha indicato 6 ore su una giornata lavorativa di 8 ore per un totale di 28 ore settimanali su di un orario a tempo pieno di 36 ore (cfr. doc. AI 19/2 punto 2.9); il che equivale ad un grado di occupazione arrotondato del 78% ($28 : 36 \times 100 = 77.77\%$) – e quelle dell'assicurata – che nell'inchiesta domiciliare del 7 febbraio 2011 (doc. AI 25/1-6) ha confermato le indicazioni fornite dal datore di lavoro ammettendo “(...) di aver lavorato per anni come segretaria del marito ma senza un orario preciso; dichiara 6 ore al giorno, ma afferma trattasi di un impegno maggiore. (...)” (doc. AI 25/2) –, dall'altra parte non è chiaro in quale misura lavorerebbe oggi l'insorgente se non fosse intervenuto il danno alla salute. Questo aspetto merita di essere acclarato viste anche le diverse dichiarazioni circa il grado di occupazione del 40% (indicato nella richiesta di mezzi ausiliari del 12 gennaio 2009 sub doc. 1/3 punto 3.2) e del 50% (indicato nel formulario rilevamento tempestivo del 9 marzo 2009 sub doc. AI 4/1 punto 3). L'assicurata, nel curriculum vitae del 1. luglio 2010 (doc. AI 18/1-5), ha indicato di aver ottenuto gli attestati della scuola dell'obbligo dopo 8 anni e del liceo dopo tre anni e di aver frequentato l'università degli studi di _____ per 6 anni (cfr. doc. AI 18/2 punto 3.2.1). Il datore di lavoro, nel questionario del 17 luglio 2010 (doc. AI 19/1-6), ha indicato un orario di lavoro, prima del danno alla salute, di 6 ore su una giornata lavorativa di 8 ore per un totale di 28 ore settimanali su di un orario a tempo pieno di 36 ore (pari, come visto sopra, ad un grado di occupazione del 78%) e un orario di 3 ore al giorno per un totale di 15 ore alla settimana dopo l'insorgenza del danno alla salute (cfr. doc. AI 19/2 punto 2.9). Dall'estratto del conto individuale sub IV/2 risulta inoltre che da quando è stata impiegata presso lo studio medico del marito il reddito annuo è stato di fr. 2'000.-- nel 1995, di fr. 12'000.-- dal 1996 al 2001, di fr. 19'091.-- nel 2002 e 2003, di fr. 19'100.-- dal 2004 al 2008 e di fr. 20'300.-- nel 2009. Considerati la formazione scolastica ed il grado di occupazione del 78% realisticamente vi è da ritenere che l'assicurata avrebbe potuto ottenere un reddito annuo superiore rispetto a quello conseguito presso lo studio del marito (ad esempio nel 2000, in base alla tabella TA1, svolgendo a tempo pieno un'attività semplice e ripetitiva avrebbe potuto ottenere un reddito pari a fr. 45'871.32 [$3'658 \times 41.8 : 40 \times 12$]). Nemmeno è possibile concludere diversamente, come sostenuto con il ricorso, per il solo fatto che l'assicurata sia entrata nel mondo del lavoro a tempo parziale e all'età di 41 anni. Ritenuta inoltre la durata del lavoro presso il marito, vi è effettivamente da concludere che l'insorgente si è accontentata di un salario più modesto, la qual cosa esclude l'applicazione di un gap salariale (in argomento le STF 9C_310/2009 del 14 luglio 2010, 9C_399/2007 del 14 marzo 2008 consid. 4.1 e I 644/06 del 15 febbraio 2007, tutte con riferimenti). Quanto infine alle riduzioni operate sul reddito ipotetico da invalido – il consulente in integrazione nella valutazione 27 marzo 2012 (doc. AI 38/1-4) ha riconosciuto una riduzione del 18%: “(...) si stabilisce una riduzione al reddito da invalido del/lo 8% per attività leggere e del/lo 10% per altri fattori di riduzione (...)” (doc. AI 38/4) – ritenuto che la situazione medica deve essere ancora approfondita è prematuro pronunciarsi sulle medesime; - alla luce di quanto sopra esposto, la decisione impugnata va annullata e gli atti rinviati all'Ufficio AI affinché predisposti i necessari accertamenti medici ed economici si pronunci nuovamente sulla richiesta di prestazioni del giugno 2010, fermo restando che prima del 1. dicembre 2010 non può essere versata alcuna rendita; - parzialmente vincente in causa, la ricorrente, rappresentata da un legale, ha diritto ad un'indennità per ripetibili ridotta (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa); - secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, 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 (il ricorso va parzialmente accolto), in casu si giustifica una ripartizione delle spese di complessivi fr. 500.-- in misura di fr. 250.-- a carico dell'Ufficio AI e di fr. 250.-- a carico della ricorrente. L'Ufficio AI rifonderà inoltre alla ricorrente fr. 1'000.-- a titolo di ripetibili parziali. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è parzialmente accolto. § La decisione impugnata è annullata e gli atti rinviati all'amministrazione affinché proceda conformemente ai considerandi e si pronunci nuovamente sulla richiesta di prestazioni del giugno 2010, fermo restando che prima del 1. dicembre 2010 non può essere versata alcuna rendita. 2. Le spese, per complessivi fr. 500.--, sono ripartite in ragione di fr. 250.-- a carico dell'Ufficio AI e di fr. 250.-- a carico della ricorrente. L'Ufficio AI verserà alla ricorrente fr. 1'000.-- (IVA inclusa) a titolo di ripetibili parziali. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente II
segretario giudice Raffaele Guffi Fabio Zocchetti

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