

TI_GERICHTE 32.2020.145 vom 25. September 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-09-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.145

FR: TI_GERICHTE 32.2020.145 du 25 septembre 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.145 del 25 settembre 2020

Regeste

Non entrata in materia per mancata collaborazione dell'assicurato nella raccolta di informazioni (economiche) necessarie per definire il suo grado di incapacità di guadagno malgrado le numerose diffide e le ingiunzioni emesse dall'Ufficio AI.Gerente con firma individuale di SA è come un indipendente

Erwägungen

E. 3

LPGA, in una causa inerente l'assicurazione contro le malattie (DTF 129 V 267), nel 2003 l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha affermato quanto segue: " (...) 5.3 En relation avec les circonstances de fait qui déterminent la quotité de la surprime (motif du retard et situation financière de l'intéressé), la caisse ne pouvait non plus, comme l'ont relevé à juste titre les premiers juges appliquer le taux maximum prévu par la loi (50%) sans avoir au préalable cherché à établir d'une manière ou d'une autre les circonstances déterminantes (motifs du retard et situation personnelle de l'intéressé). Il est vrai que les déclarations de ce dernier en procédure cantonale (lettre du 16 novembre 2001) laissent augurer certaines difficultés quant à sa collaboration à la procédure. Il convient toutefois de rappeler, sur ce point, que selon les circonstances, l'assureur social se heurtant à un manque de collaboration d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier ; le cas échéant, il pourra rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entend tirer un droit ne sont pas démontrés (cf. ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, cas échéant, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi (cf. ATF 108 V 230 s. consid. 2; v. également UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurich 1999, ch. 229, pp. 108 s.; MAURER, Unfallversicherungsrecht, p. 256; HARDY LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, pp. 172 ss, ainsi que l'art. 43 al. 3 LPGA). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière - le choix de l'une ou l'autre décision dépendra notamment de l'avancement de l'instruction de la cause et de ses conséquences pour l'assuré ou d'éventuels tiers intéressés -, que s'il ne lui est pas possible d'élucider les questions de faits encore ouvertes sans difficultés ni complications particulières malgré l'absence de collaboration de l'assuré (cf. ATF 108 V 231 ss, 97 V 177; MAURER, Unfallversicherungsrecht, p. 255)." (sottolineature della redattrice). Inoltre, secondo Kieser, in ATSG-Kommentar, Zurigo 2003, ad art. 43 n. 38, pag. 440, " c) Art. 43 Abs. 3 ATSG bezieht sich schliesslich lediglich auf Leistungsbegehren. Soweit die Abklärung eine Versicherungs-unterstellung oder eine Beitragsfrage betrifft, kann eine Anwendung

gegebenenfalls in analoger Weise erfolgen oder es ist auf die im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehene Sanktion bzw. Folge zurückzugreifen (vgl. z.B. Art. 24 Abs. 5 AHVV betreffend die Festsetzung von Akontobeiträgen in der AHV)". A pag. 441, n. 40 ad art. 43, l'autore afferma ancora: " Die in Art. 43 Abs. 3 ATSG vorgesehenen Sanktionen können erst nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens angeordnet werden (vgl. dazu BBl 1999 4600). Dieses entspricht demjenigen, welches nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchzuführen ist (vgl. für näheres ATSG-Kommentar, Art. 21 Rz. 68 ff.). Es handelt sich um eine ausnahmslos zu beachtende Verfahrensregel, und es kann auch nicht davon abgewichen werden, wenn die betreffende Person zu erkennen gibt, dass sie der ihr obliegenden Pflicht jedenfalls nicht nachkommen will (vgl. BGE 122 V 219 f. in analoger Anwendung; vgl. ferner SVR 1998 UV Nr. 1 sowie Maeschi, Kommentar, Rz. 20 zu Art. 87 MVG). Dabei obliegt dem Verwaltungs-träger die Beweislast, wenn der Nachweis der Mahnung strittig ist (vgl. dazu SVR 1995 IV Nr. 41). Die zu erlassende Mahnung hat keinen Verfügungscharakter; denn sie betrifft nicht eine durch-setzbare Rechtspflicht, sondern eine Obliegenheit der Partei (vgl. SVR 1998 UV Nr. 1). ". In sostanza l'amministrazione, quando deve effettuare degli atti istruttori, può decidere in base agli atti solo se non può accertare in alcun modo i fatti determinanti e dopo aver diffidato l'assicurato per iscritto, avvertendolo delle conseguenze giuridiche e impartendogli un adeguato termine di riflessione. L'art. 43 cpv. 3 LPGa prevede infatti due possibili sanzioni: l'assicuratore può decidere in base agli atti di cui dispone oppure può non entrare in materia sulla richiesta di prestazioni. Al proposito, Kieser (n. 41 ad art. 43) si è così pronunciato: " (...) Das Gesetz gibt keine Richtlinien, wie zwischen den beiden Sanktionen zu wählen ist. Immerhin ist nach der Praxis zu beachten, dass von der Möglichkeit des Nichteintretens zurückhaltend Gebrauch zu machen ist; soweit aufgrund der vorliegenden Akten ein materieller Entscheid möglich ist, soll ein Nichteintretensentscheid nicht gefällt werden (vgl. Kölz/Häner , Rz. 275); diese prioritäre Bedeutung des materiellen Entscheides wird auch in den Gesetzes-materialien betont (vgl. BBl 1994 V 948 f.). Ein Nichteintreten hat insoweit insbesondere dort Bedeutung, wo die nicht wahrgenommene Mitwirkungspflicht eine Eintretensvoraussetzung betrifft (vgl. Kieser , Verwaltungsverfahren, Rz. 229); hingegen ist diese Sanktion nicht zulässig, wo der Sachverhalt auch ohne Mitwirkung der Partei sich ohne Schwierigkeiten und ohne besonderer Aufwand abklären lässt (vgl. SVR 2000 IV Nr. 23). Allemal ist zu berücksichtigen, dass die für die Partei "günstigere Variante" zu wählen ist (vgl. BGE 108 V 231 f.). Wird gegen den betreffenden Entscheid des Versicherungsträgers ein Rechtsmittel eingelegt, ist im Rahmen der Überprüfung desselben vorfrageweise zu klären, ob die Mitwirkung, die verlangt wurde, rechtmässig war oder nicht (vgl. SVR 1998 UV Nr. 1)". Le sentenze dell 'Alta Corte del 23 gennaio 2007 (I 906/05, consid. 5.4 e 6) e del 6 luglio 2007 (U 316/06, consid. 3.1.1) riprendono la succitata giurisprudenza del 2003 del Tribunale Federale delle Assicurazioni riguardante l' art. 43 cpv. 3 LPGa e la completano ulteriormente come segue: " (...) 5.4 (...) Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGa et 73 RAI; cf. ATF 108 V 229 consid. 2 p. 230; voir également, Ueli Kieser, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 41 ad art. 43; Kölz/ Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege

des Bundes, 2ème édition 1998, ch. 275; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurich 1999, no 229, p. 108 s.; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 256; Gabriela Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 210).

E. 6

Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5 p. 108). S'il se soustrait à une telle mesure alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 214/01 du 25 octobre 2001, consid. 2b), il prend - délibérément - le risque que sa demande soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante. En procédure de recours, le juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA et 73 RAI sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 906/05 du 23 janvier 2007, consid. 6, U 489/00 du 31 août 2001, consid. 2b et I 214/01 du 25 octobre 2001, consid. 3 et les références). Il ne se justifie pas - et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure - d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation. (...)" (sottolineature della redattrice). Nella STF 8C_417/2008 del 28 ottobre 2008, al considerando 6.2 il Tribunale federale ha ribadito che riguardo all'art. 43 LPGA, la giurisprudenza ha precisato che, malgrado la mancata collaborazione dell'assicurato, l'assicuratore può pronunciarsi in base agli atti se non è possibile accertare i fatti senza difficoltà né complicazioni speciali. L'Alta Corte ha in particolare statuito che l'amministrazione, confrontata con un rifiuto dell'assicurato di sottoporsi a nuova perizia medica pluridisciplinare, avrebbe dovuto tentare di chiarire la situazione cercando di raccogliere dapprima presso i primi esperti dei complementi d'informazione. A questo stadio, non era quindi autorizzata a pronunciare una decisione fondandosi sugli atti incompleti dell'incarto (STFA I 700/02 del 24 giugno 2003, consid. 2.2 e 3.3; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, n. 41 all'art. 43). Secondo Kieser, sempre in ATSG-Kommentar, n. 39 ad art. 43, pag. 440, "d) Die Verletzung der Auskunfts- oder Mitwirkungspflicht ist nur relevant, wenn sie in unentschuldbarer Weise erfolgt. Es

muss sich mithin jedenfalls um eine schuldhafte Verletzung handeln (vgl. BBl 1991 II 261), wobei das Verhalten der Person nicht mehr nachvollziehbar sein darf, was etwa dann gegeben ist, wenn ein Rechtfertigungsgrund nicht einmal ansatzweise erkennbar ist oder wenn das Verhalten schlechthin unverständlich ist. Damit setzt die Bestimmung höhere Voraussetzungen fest, als sie etwa nach Art. 13 Abs. 2 VwVG gelten." A proposito del carattere ingiustificato del rifiuto commesso da un assicurato, con sentenza del 1° settembre 2006 (I 371/05) l'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha rilevato quanto segue: "(...)

E. 6.2

Die Verletzung der Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht ist nur relevant, wenn sie in unentschuldbarer Weise erfolgt (Art. 43 Abs. 3 Satz 1 ATSG (vgl. Erw. 4.1 hievor; BBl 1991 II 261; Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 43 Rz 39). Dies trifft nicht zu, wenn sich die versicherte Person aus psychogenen Gründen, die Krankheitswert haben, weigert, zu einer angeordneten Massnahme Hand zu bieten (EVGE 1962 S. 45 Erw. 2; Urteile C. vom

E. 7

Dezember 2005 Erw. 3.3.2, I 124/05, und S. vom 29. August 2003 Erw. 1.3, I 21/03). Die Problematik, ob dem Versicherten eine Begutachtung durch Dr. med. H. aus psychischen Gründen unzumutbar ist, wurde von der IV-Stelle nicht geprüft, da dies vor Erlass der Verfügung vom 6. Dezember 2004 noch nicht vorgebracht wurde. Die Sache ist somit an die IV-Stelle zu überweisen, damit sie hierüber befunde. (...)" Ed ancora, il 30 gennaio 2007 (I 166/06) si è così pronunciato: " 5.1 Nach dem Wortlaut von Art. 43 Abs. 3 ATSG liegt eine Verletzung der Mitwirkungspflicht nur dann vor, wenn sie in unentschuldbarer Weise erfolgt ist. Sie muss somit schuldhaft sein (vgl. auch Art. 73 IVV). Dies ist dann der Fall, wenn kein Rechtfertigungsgrund erkennbar ist oder sich das Verhalten der versicherten Person als völlig unverständlich erweist (Kieser, ATSG-Kommentar, N 39 zu Art. 43). (...)" Nella sentenza del 6 novembre 2007 (U 48/07), il ricorrente si era rifiutato di sottoporsi ad una perizia medica pluridisciplinare ordinata dal giudice, motivando di avere rifiutato di sottoporsi a questa misura d' accertamento quando è stata ordinata dall' assicuratore, perché aveva perso la fiducia in quest' ultimo. Il Tribunale federale ha ritenuto che un tale motivo non scusava il rifiuto dell' assicurato di sottoporsi ad una perizia medica necessaria per l' apprezzamento del suo caso, dato che le parti potevano, se caso, far valere, presso l' assicuratore, fondati motivi per recusare il perito e presentare delle controproposte (art. 44 LPG). Pertanto, l' assicuratore era legittimato a decidere sulla scorta degli atti (cfr. consid. 4.3). 2.4. Nell'evenienza concreta, a seguito della domanda di prestazioni formulata nel settembre 2019, l'Ufficio assicurazione invalidità ha raccolto la documentazione medica relativa al ricorrente presso l'assicuratore per perdita di guadagno e il 30 aprile 2020 (doc. 24) il Servizio Medico Regionale ha emesso il rapporto finale con cui ha definito la capacità lavorativa dell'assicurato. Inoltre, avendolo considerato ai fini assicurativi come avente lo statuto di indipendente essendo gerente con firma individuale della _____ (doc. 32), l'amministrazione ha subito chiesto all'assicurato il

E. 12

settembre 2019 (doc. 6) di produrre una serie di documenti relativi a questa società per esaminare l'aspetto economico. Al sollecito del 21 novembre 2019 (doc. 10) l'interessato ha dato seguito il 20 gennaio 2020 (doc. 16), cosicché il progetto di decisione di non entrata in materia per mancata collaborazione emesso il 13 gennaio 2020 (doc. 13) è stato annullato il

24 febbraio 2020 (doc. 17). Tuttavia, la documentazione ricevuta non era completa, perciò l'amministrazione il 15 aprile 2020 (doc. 20) ha invitato l'assicurato a trasmetterle il conto economico e il bilancio per l'anno 2019, le notifiche di tassazione per gli anni 2015-2018, la dichiarazione fiscale per l'anno 2019 e la dichiarazione dei salari per gli anni 2018 e 2019. Alla comunicazione dell'interessato che l'ha informato che il 7 maggio 2020 era stato decretato il fallimento della _____ e che quindi era inutile che gli inviasse la documentazione economica richiesta un mese prima (doc. 25), il 19 maggio 2020 (doc. 26) l'Ufficio assicurazione invalidità l'ha avvisato che " in riferimento al suo scritto del 18.05.2020 la informiamo che per il momento teniamo attiva la pendenza della nostra lettera del 15.04.2020 poiché ci necessita per poter valutare la sua pratica d'invalidità. ". L'amministrazione gli ha inoltre chiesto " d'indicarci a partire da quando ha ripreso la sua attività abituale di gerente al 100% . ". Il 15 giugno 2020 (doc. 27) l'Ufficio AI, facendo riferimento al suo scritto del 14 (recte : 15) aprile 2020 con cui ha chiesto al ricorrente una serie di documenti rielenandoli e, nonostante i ripetuti richiami, tale richiesta era rimasta inevasa, l'ha informato dell'obbligo di collaborare e delle conseguenze del rifiuto di fornire le informazioni necessarie per l'accertamento del diritto. Di conseguenza, l'amministrazione gli ha comminato un ultimo termine di 10 giorni per produrre la documentazione e le informazioni richieste, pena l'emanazione di un progetto di decisione di rifiuto delle prestazioni. Non ricevendo alcunché da parte dell'interessato, con il progetto di decisione che è seguito il 23 luglio 2020 (doc. 28) l'Ufficio AI ha rifiutato le prestazioni per mancata collaborazione. Nel termine di 30 giorni concesso, l'assicurato non ha formulato delle osservazioni e quindi il 25 settembre 2020 (doc. II/1) l'Ufficio AI ha emesso una decisione che confermava la non entrata in materia sulla richiesta di prestazioni. 2.5. Occorre innanzitutto osservare che per quanto riguarda le conseguenze economiche del danno alla salute, l'Ufficio AI ha constatato che RI 1, oltre che salariato dipendente della ditta _____, ne risulta pure gerente con diritto di firma individuale (doc. 34). Pertanto, il ricorrente assume de facto una posizione di totale controllo della società, motivo per cui l'Ufficio AI l'ha rettammente considerato quale indipendente (STCA 32.2019.58-59 del 27 aprile 2020, consid. 2.7; STCA 32.2019.36 dell'11 febbraio 2020, consid. 2.7; N. 3028.1 e N. 3028.2 CIGI). Infatti, a tal riguardo va ricordato che, secondo la giurisprudenza, generalmente amministratori o direttori impiegati, che di fatto sono azionisti unici o parziali di una società anonima e che hanno una determinante influenza sulla gestione della società, sono formalmente considerati salariati. Tuttavia, in analogia al principio valido nell'AVS secondo cui per la distinzione tra attività dipendente e indipendente sono determinanti le condizioni economiche e non giuridiche (DTF 122 V 171 consid. 3a con riferimenti), sono considerati indipendenti gli assicurati che dal punto di vista economico e della politica aziendale hanno una rilevante posizione in seno alla società; ciò è segnatamente il caso di ditte individuali che si trasformano in società anonime di stampo familiare con partecipazione del coniuge, del figlio o di parenti stretti (STFA I 185/02 del 29 gennaio 2003 consid. 3.1 confermata in STF 9C_453/2014 del 17 febbraio 2014 consid. 4.1 e 8C_928/2015 del 19 aprile 2016 consid. 2.3.4). Lo stesso discorso vale anche nel caso in cui un socio gerente, formalmente salariato, detiene la maggior parte del capitale societario, motivo per cui viene considerato quale indipendente (STF 9C_472/2009 del 28 luglio 2010; cfr., tra le tante, STCA 32.2019.58-59 del 27 aprile 2020, consid. 2.7; STCA 32.2016.113 del 19 giugno 2017, consid. 2.5). Da ciò discende che non è assolutamente vero, come ha sostenuto l'assicurato nel suo ricorso, che la situazione economica della ditta sua datrice di lavoro era ininfluenza per la determinazione del suo diritto alle prestazioni. È infatti sulla

base dei dati economici della società che egli gestisce, e di cui è titolare di un diritto di firma individuale, che è possibile stabilire il suo reddito da valido, ai fini assicurativi, come indipendente e quindi determinare la sua perdita di guadagno, ossia il suo grado di invalidità. Di conseguenza, è esatto che l'amministrazione abbia insistito con il ricorrente per avere tutti i necessari dati economici della _____, che non soltanto fungeva da sua datrice di lavoro.

2.6. Nel merito della questione in esame, alla luce dello svolgimento dei fatti riassunto, la decisione dell'Ufficio AI risulta corretta e rispettosa dei dettami della procedura così come interpretati dalla giurisprudenza federale. In effetti, poiché la precedente collaborazione fornita dal ricorrente - che è stata preceduta da un sollecito che, rimasto senza riscontro, ha portato l'Ufficio AI ad emettere un primo progetto di decisione di non entrata in materia per mancata collaborazione - è stata soltanto parziale, restava sempre la necessità di aggiornare gli atti e quindi nell'aprile 2020 l'Ufficio AI ha interpellato nuovamente l'interessato. Se, da un lato, va osservato che l'assicurato ha informato l'amministrazione che la società _____ era fallita il 7 maggio 2020 reputando quindi inutile inviarle i documenti richiesti, dall'altro lato è pur vero che, come visto, questi documenti erano comunque determinanti per valutare il suo diritto alle prestazioni e che l'Ufficio assicurazione invalidità l'aveva debitamente informato di questa necessità anche se la ditta era fallita. Non solo. L'amministrazione ha ribadito il 15 giugno 2020 quale era la documentazione mancante: - conto economico e bilancio per l'anno 2019, - notifiche di tassazione per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, - dichiarazione fiscale per l'anno 2019, - distinta dei salari AVS per gli anni 2018 e 2019, ricordando la necessità di disporre dei dati economici. Oltre a ciò, l'Ufficio assicurazione invalidità, sempre rinviando al suo scritto del 19 maggio 2020, ha chiesto all'assicurato di indicare a partire da quando aveva ripreso a svolgere l'attività abituale di gerente al 100%. Da quel momento non vi è tuttavia più stata alcuna presa di posizione da parte dell'assicurato fino al ricorso (erroneamente definito opposizione) del 13 ottobre 2020/4 settembre 2020. La comminatoria che è stata inviata per raccomandata dopo un mese, il 15 giugno 2020 - ma dopo due mesi dall'iniziale richiesta di complemento di informazione -, non ha infatti dato luogo ad alcuna reazione da parte dell'interessato, né nel termine impartito di 10 giorni e neppure in seguito. Anche il progetto di decisione del 23 luglio 2020 non ha portato l'assicurato a manifestarsi all'amministrazione fornendo le precisazioni e la documentazione richieste che, per contro, sono in parte giunte soltanto davanti al Tribunale con il ricorso e quindi tardivamente.

2.7. Occorre ricordare che i datori di lavoro devono conteggiare i salari entro 30 giorni dal termine del periodo di conteggio (art. 36 cpv. 2 OAVS), perciò entro il 30 gennaio 2019 rispettivamente 2020 la _____ doveva avere trasmesso alla competente Cassa di compensazione i conteggi dei salari per l'anno 2018 e il 2019. Di conseguenza, nei mesi di aprile-giugno 2020 l'assicurato, in qualità di gerente della società - o per esso un rappresentante -, doveva essere in grado di produrre all'Ufficio AI la distinta dei salari assoggettati all'AVS per gli anni richiesti o, almeno, fornire una spiegazione al riguardo qualora, per ipotesi, non l'avesse ancora inviata alla Cassa di compensazione. La documentazione che egli ha prodotto nel gennaio 2020 contemplava in particolare la distinta dei salari per l'anno 2017, ma non quella relativa ai due anni seguenti. La specifica in calce allo scritto del ricorrente che " NB. Mancante distinta salari AVS 2019 verrà spedita al più presto " (doc. 16) non lo mette al riparo da non avere dato seguito alle richieste dell'amministrazione, non avendo concretizzato l'invio né per l'anno 2018 né per il 2019. Come per la distinta AVS dei salari, così pure l'assicurato era certamente in grado, nel mese di maggio 2020, e quindi anche in giugno 2020, di rispondere alla domanda sul

momento a partire da quando egli aveva ripreso a lavorare a tempo pieno come gerente, affermazione che, d'altronde, egli stesso ha rilasciato il 18 maggio 2020 nell'annunciare all'Ufficio AI che la società era fallita, ma che continuava a lavorare per potersi mantenere. Il ricorrente doveva quindi per certo sapere rispondere a questo quesito, visto che il nuovo contratto di lavoro come gerente/ cuoco con il nuovo datore di lavoro, seppure presso lo stesso esercizio pubblico, l'ha firmato il 30 aprile 2020 (doc. B). L'invio di questo contratto di lavoro al TCA con il ricorso è tardivo, nel senso che non sana la mancata collaborazione del ricorrente durante la procedura amministrativa. 2.8. In conclusione, nessuna valida spiegazione è stata comunicata all'amministrazione a seguito degli scritti del 15 aprile, 19 maggio e 15 giugno 2020 e neppure con la ricezione del progetto di decisione del 23 luglio 2020. L'indicazione fornita dal ricorrente che la società era fallita non lo tutela dal non essere stato collaborante, visto che l'Ufficio AI l'ha immediatamente informato della necessità di disporre comunque di una completa documentazione economica per potere valutare il suo diritto alle prestazioni, informazioni mancanti che dovevano invece essere note all'assicurato in qualità di gerente della società. Inspiegabilmente, e in modo ingiustificato, l'assicurato non ha però comunicato all'amministrazione quanto poteva e doveva allegare in base alle richieste. Tale comportamento omissivo ha correttamente condotto l'Ufficio AI, in virtù dell'art. 43 cpv. 3 LPGA in connessione con l'art. 7b cpv. 2 lett. d LAI, a non entrare in materia sulla richiesta di prestazioni. Infatti, non tutti i dati economici potevano essere raccolti dallo stesso Ufficio AI, perciò senza le informazioni comunicate dall'assicurato concernenti la sua società non era possibile pronunciarsi sul suo grado di incapacità di guadagno. È pertanto a buon diritto che l'amministrazione, di fronte a un ingiustificato rifiuto di collaborare da parte dell'assicurato (art. 28 LPGA), non è entrata nel merito della sua richiesta di prestazioni di invalidità. Stando così le cose, la decisione impugnata deve essere confermata e il ricorso respinto. 2.9. 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 del ricorrente.

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