

TI_GERICHTE 32.2023.53 vom 6. April 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-04-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.53

FR: TI_GERICHTE 32.2023.53 du 6 avril 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.53 del 6 aprile 2023

Regeste

Rifiuto prestazioni per carenza di invalidità pensionabile in applicazione del metodo misto. Ricorso accolto con rinvio atti per ulteriori accertamenti volti a stabilire se ed in che misura l'A. sia da considerare casalinga e/o salariata e quale sia il metodo applicabile

Erwägungen

E. 2

Con ricorso del 10 maggio 2023 presentato al lodevole Tribunale cantonale delle assicurazioni (TCA) la signora RI 1 ha contestato la decisione. Nel dettaglio la ricorrente postula l'accoglimento del ricorso, l'annullamento della decisione ed il riconoscimento della rendita, indica uno stato di salute ulteriormente peggiorato e contesta il calcolo del grado d'invalidità eseguito e le quote-parti ritenute per l'attività salariata e le mansioni consuete. Al ricorso la signora RI 1 ha unito il certificato della Dr.ssa Med. _____ del 9 marzo 2023 e 15 maggio 2023 attestante una piena inabilità lavorativa per i lavori domestici dal 28 aprile 2023, il referto di _____ del 2 maggio 2023, il certificato della Dr.ssa Med. _____ del 24 marzo 2023, il referto del Centro di Senologia del 13 settembre 2022. La ricorrente ha prodotto, inoltre, la dichiarazione della _____ del 26 aprile 2023 di sua assunzione al 20% dal 1° dicembre 2019 al 31 gennaio 2022, indicando che, oltre la sua percentuale lavorativa, sostituiva la collega durante vacanza e malattia. Con ulteriore complemento del 22 maggio 2023 la signora RI 1 ha unito la dichiarazione già prodotta di _____ del 26 aprile 2023 e uno scritto di _____, _____ di _____, che certifica un'attività svolta dall'assicurata in media al 40% come consulente e capo gruppo dal 1° gennaio 2021 al 2 febbraio 2022, precisando nello scritto successivo che la stessa ha svolto un'attività in media del 35% nel 2021 e del 50% nel 2022.

E. 2.4

Giusta gli artt. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Stante l'esito de ricorso, le spese di procedura di fr. 500 sono poste a carico dell'Ufficio AI.

E. 3

In base alla nuova documentazione prodotta si osserva che la ricorrente non ha unicamente svolto l'attività presso la _____ al 20%, ma ha lavorato presso _____ per diversi anni. Alla luce di quanto espresso, considerata la necessità di istruire il caso per definire al meglio lo statuto da riconoscere e le percentuali da ritenere per l'attività di salariata e casalinga in caso di applicazione del metodo misto, aspetto rilevante nel caso in

esame, lo scrivente UAI chiede al lodevole TCA il ritorno degli atti per procedere come indicato .” (doc. VIII) 1.4 Con scritto 16 giugno 2023 l’insorgente ha comunicato di aderire alla proposta dell’amministrazione. 2.1 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’art. 49 cpv. 2 LOG (STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015; STF 8C_855/2010 dell’11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011). 2.2 Alla luce degli atti medici all’inserito, l’eventuale diritto alla rendita sorgendo successivamente al 1. gennaio 2022 (cfr. la refertazione medica agli atti, cfr. art. 28 cpv. 1 lett. b LAI), alla presente fattispecie tornano applicabili le disposizioni della LAI e della OAI in vigore da tale data a seguito della modifica denominata “Ulteriore sviluppo dell’AI” e che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU2021 705). 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 a 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, perché il caso possa essere sottoposto all’assicurazione per l’invalidità (Duc, L’assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Secondo l’art. 28 cpv. 1 lett. b LAI l’assicurato ha diritto ad una rendita se ha avuto un’incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (e, per la lett. c, se al termine di questo anno è invalido [art.

E. 8

LPGA] 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). Il grado d’invalidità dell’assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). 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) . Per l’art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l’assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all’art. 29 cpv. 1 LPGA. Nel caso in cui, invece, l’assicurato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un’attività lucrativa, torna 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 dichiarato conforme alla legge (DTF 125 V 146). L'art. 27 bis OAI regola la valutazione del grado d'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondando-si sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento del-l'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer/Reichmuth, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pp. 54-58 e 60-62 e Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, 1999, p. 190). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fat-to interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi e-stermi (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1).

2.3 Nel caso in disamina, alla luce degli atti all'inserto e delle considerazioni espresse dalle parti v'è da ritenere che, come precisato nella risposta di causa, onde addivenire ad un chiaro e completo giudizio sul diritto a prestazioni, la causa vada ulteriormente istruita. Ciò al fine di stabilire – in base ai criteri sopra ricordati (cfr. supra consid. 2.2) – quale sia effettivamente lo statuto dell'assicurata, ossia se ed in che misura essa sia da considerare salariata oppure casalinga e quale sia quindi il metodo applicabile al calcolo dell'invalidità (nel caso d'applicazione del metodo misto, quali siano le quote parti da attribuire alla parte salariata e a quella casalinga). In STF 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (DTF 137 V 210) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr. STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011), o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine

Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist”; cfr. STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). Nel caso concreto, considerato come gli accertamenti eseguiti dall’amministrazione paiono incompleti, si giustifica il rinvio degli atti affinché essa proceda nel senso sopra indicato. In esito al complemento istruttorio dovrà essere emessa, nel rispetto dei dettami dell’art. 57a LAI, una nuova decisione soggetta a ricorso ai sensi degli artt. 56 e segg. LPGA nel cui ambito l’assicurata potrà riproporre ogni censura di fatto e di diritto, sia in relazione alla valutazione medica che a quella economica.

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