

TI_GERICHTE 32.2023.69 vom 30. Mai 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-05-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.69

FR: TI_GERICHTE 32.2023.69 du 30 mai 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.69 del 30 maggio 2023

Regeste

Ricorso (accolto) contro la decisione – in via di revisione – di rifiuto di rendita. Statuto casalinga 100% confermato. Inizio anno d'attesa diverso da quanto addotto dalle parti: rinvio atti per calcolare con precisione l'IL media fino alla decisione amministrativa e per una perizia psichiatrica

Erwägungen

E. 2

LOG (pro multis STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se a ragione o meno l'Ufficio AI ha respinto la domanda di rendita presentata dall'assicurata nel marzo 2022. Va anzitutto rilevato che il 1. gennaio 2022, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata "Ulteriore sviluppo dell'AI" e che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705). La lett. b delle Disposizioni transitorie della surriferita modifica della LAI prevede che " I beneficiari di rendita il cui diritto alla rendita è nato prima dell'entrata in vigore della presente modifica e che all'entrata in vigore della presente modifica non hanno ancora 55 anni compiuti continuano ad avere diritto alla rendita precedente fintantoché il loro grado d'invalidità non subisca una modificazione secondo l'articolo 17 capoverso 1 LPGA " (cpv. 1). Il marginale 9101 della CIRAI prevede che " Se la decisione sulla prima concessione di una rendita è emanata dopo il 1° gennaio 2022, ma il diritto alla rendita è nato prima di questa data, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021 ". I marginali 1007 e seg. della C DT US AI prevedono che: " [...] le rendite AI rette dal diritto anteriore sono le rendite il cui diritto secondo l'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI è nato al più tardi il 31 dicembre 2021. Poiché il momento dell'insorgenza dell'invalidità (art. 28 cpv. 1 e 1bis LAI) e quello della nascita del diritto alla rendita non sono necessariamente identici (se la richiesta è tardiva in base all'art. 29 cpv. 1 LAI), una rendita AI è retta dal nuovo diritto, se il diritto alla medesima nasce il 1° gennaio 2022 o successivamente, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data. Le rendite AI rette dal nuovo diritto sono pertanto le rendite il cui diritto è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente conformemente all'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI. Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: - in caso di insorgenza dell'invalidità e inizio del diritto alla rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; - in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022 ". In

casu, benché la ricorrente avesse compiuto 55 anni al 1. gennaio 2022 (cfr. supra consid. 1.1. in initio), ella non era mai stata al beneficio di prestazioni AI, ragione per cui non rientra nel cosiddetto “gruppo diritti acquisiti”. Inoltre, pur contestando l’inizio dell’incapacità lavorativa di lunga durata (che ritiene decorrere da marzo 2019, I, p.ti 2.1. e 2.2.), ella ammette che la domanda di rendita presentata nel marzo 2022 (cfr. supra consid. 1.1.) è tardiva ai sensi dell’art. 29 cpv. 1 LAI (I, p.to 2.2.1 in fine), ragione per cui l’eventuale diritto alle prestazioni nasce sei mesi dopo la presentazione della domanda, ossia nel settembre 2022 (per il calcolo vedasi ad esempio le STCA 32.2022.70 del 6 marzo 2023 consid. 2.1. in fine). Visto quanto precede, in casu torna applicabile il diritto in vigore dal 1. gennaio 2022. 2.3. 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 Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d’incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un’altra professione o campo d’attività (art. 6 LPGa). L’incapacità al guadagno è definita all’art. 7 LPGa e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l’assicurato alle cure ed alle misure d’integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l’art. 8 cpv. 1 LPGa, è considerata invalidità l’incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d’invalidità di cui all’art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGa è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L’art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l’assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d’integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un’incapacità al lavoro (art. 6 LPGa) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGa) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell’importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d’invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l’importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d’invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d’invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d’invalidità (cpv. 2). Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l’assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all’art. 29 cpv. 1 LPGa, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell’art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l’invalidità di un assicurato che esercita un’attività lucrativa si applica l’art. 16 LPGa. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo

determinante per la valutazione dell'invalidità. 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., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). 2.4. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto di 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 un'attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGA (cfr. art. 5 LAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità; SVR 1996 IV Nr. 76 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. L'art. 27 cpv. 1 prima frase OAI, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, precisa a sua volta che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari. Secondo la prassi amministrativa, per il confronto si considerano soltanto attività assimilabili a quelle lucrative (come il lavoro domestico, amministrazione di patrimoni, attività benevole gratuite, ecc.). 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 paragonano quindi le attività svolte dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quelle 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. Va qui segnalato che dal 1° gennaio 2018 è entrato in vigore il nuovo art. 27 cpv. 1 OAI. Con la modifica dell'Ordinanza sono state adeguate le attività nell'ambito delle mansioni consuete svolte dalle persone occupate nell'economia domestica (cfr. R. Leuenberger - G. Mauro, "Changements dans la méthode mixte", in *Sécurité sociale* 1/2018 pag. 40 seg (45-46)).

E. 2.5

Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente

prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi 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 dell'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 Forster, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ATSG*, in: RBS 2021, n. 67 e seg. ad art. 16 LPGa con riferimenti; Meyer/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 60-62 e Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer/Reichmuth, op. cit., pagg. 312-313; Blanc, op. cit., pag. 190-191). 2.6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale 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/Gächter, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago;

l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5.). 2.7. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in

quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4., pag. 261; 115 V 133 consid. 2., pag. 134; 114 V 310 consid. 3c, pag. 314; 105 V 156 consid. 1. pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPG – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2., in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In

effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.8. La ricorrente contesta, tra l'altro, lo statuto di casalinga al 100% (cfr. supra consid. 1.5.). 2.8.1. Come accennato in narrativa (cfr. supra consid. 2.5.), per determinare il metodo di graduazione dell'invalidità si deve innanzitutto verificare se la persona esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità (cfr. infra consid. 2.8.1.1.). Quale secondo passo, occorre determinare se, valutato l'insieme delle circostanze del caso in disamina, in assenza del danno alla salute l'assicurata avrebbe esercitato o meno un'attività lavorativa (cfr. infra consid. 2.8.1.2.). 2.8.1.1. Al termine delle due degenze del 2019 alla Clinica _____ – per complessivi ottanta giorni, e meglio dal 28 marzo al 6 maggio e dal 24 maggio al 2 luglio; I, allegati A5 e A6) – gli specialisti dell'istituto psichiatrico hanno accertato un "miglioramento globale della situazione [...]" giustificante la fine della degenza. Le due

degenze del 2019 sono quindi da inquadrare quali puntuali e temporalmente circoscritti peggioramenti della situazione valetudinaria che hanno determinato un'incapacità lavorativa completa (VI 1) limitatamente al periodo di ottanta giorni. Non si può concludere che nel 2019, preso nel suo complesso, vi sia stata un'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata, leggasi invalidità (cfr. supra consid. 2.3.). Tale conclusione è confortata anche dal fatto che nel 2020 non vi è stato alcun ricovero. A tal proposito e contrariamente a quanto ritiene l'insorgente (I, p.to 2.2), il tenore del rapporto del 20 gennaio 2022 della _____ di _____ non permette di concludere che con il fallito tentativo del 2020 di separazione dal marito vi sia stata un'automatica, notevole, immediata e perdurante limitazione della capacità lavorativa, il citato documento attestando unicamente che “ La separazione non è andata a buon fine a causa della comparsa di sentimenti di tristezza e solitudine con esacerbazione delle quote ansiose, motivo per il quale è tornata a convivere con il marito ” (doc. 23, pag. 96 incarto AI). Nel rapporto medico del 24 maggio 2022 la curante ha retroattivamente accertato un'incapacità lavorativa completa in ogni attività dal 2019 e continua (doc. 18 incarto AI). Posto che in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. supra consid. 2.7.), per le ragioni esposte sopra la presa di posizione della dr.ssa _____ non può essere seguita. Va precisato che anche se inizialmente il medico SMR non aveva richiamato la refertazione medica del 2017 e del 2019, fondando il suo parere sui rapporti medici successivi e fissando l'inizio dell'invalidità a novembre 2021, ossia contestualmente al primo ricovero presso la _____ di _____, tale procedere risulta in casu ininfluenza, giacché nelle successive prese di posizione egli si è determinato anche sulle antecedenti refertazioni mediche, confermando un'incapacità lavorativa completa durante i ricoveri come pure le limitazioni accertate dalla consulente ispettrice nello svolgimento delle mansioni domestiche ed il grado d'invalidità (VI 1 e XII 1). Ad ogni modo, questo Giudice non concorda neppure con la fissazione da parte dell'Ufficio AI del momento dell'insorgenza dell'invalidità (19 novembre 2021, cfr. supra consid. 1.1. in fine). In effetti, considerato che il medico SMR ha accertato che “ durante i periodi di ricovero ospedaliero è giustificata l'IL del 100% ” e considerate le refertazioni mediche attestanti molteplici degenze nel 2021 per complessivi 140 giorni (dal 23 febbraio al 30 marzo, dal 26 aprile al 21 maggio, dal 2 agosto al 14 settembre, dal 19 novembre al 16 dicembre; cfr. I, allegati A7-A10 e doc. 23, pagg. 96-101 incarto AI), l'inizio dell'invalidità va fissata al 23 febbraio 2021. D'altronde, lo stesso medico SMR aveva indicato nel suo rapporto del 16 dicembre 2022 (allestito prima delle refertazioni mediche prodotte dall'insorgente con il ricorso) l'assicurata “ limitata nello svolgimento delle mansioni consuete (casalinga) almeno a partire dal ricovero presso la clinica _____ di _____ del 19.11.2021 ” (doc. 29, pag. 111 incarto AI, sottolineatura del redattore), non potendo quindi escludere una limitazione funzionale antecedente. Ne consegue che, a fronte della refertazione medica prodotta con il gravame e del complemento SMR del 23 agosto 2023 (VI 1) l'inizio dell'invalidità è da fissare al 23 febbraio 2021, ossia in concomitanza con il primo ricovero del 2021 presso la Clinica _____ (I, allegato A7). Accertato il momento dell'insorgenza dell'invalidità, è pacifico che immediatamente prima dell'insorgenza dell'invalidità la ricorrente non esercitava alcuna attività lucrativa (cfr. supra consid. 1.1.). 2.8.1.2. Occorre ora verificare se, considerate tutte le circostanze del caso di specie, in assenza del danno alla salute la ricorrente avrebbe o meno esercitato un'attività lucrativa. Giova in tale contesto rammentare il principio della priorità della dichiarazione della prima ora, secondo cui in presenza di due versioni differenti la

preferenza deve essere accordata alle dichiarazioni che l'assicurato ha reso nella prima ora, quando ne ignorava le conseguenze giuridiche, le spiegazioni fornite in un secondo tempo non potendo integrare le prime constatazioni dettagliate, soprattutto se esse le contraddicono (STF 8C_134/2016 del 15 giugno 2016 consid. 2.3., DTF 121 V 45 consid. 2a e STCA 32.2022.39 del 17 ottobre 2022 consid. 2.7.2.). La ricorrente sostiene di dover essere considerata salariata, prevalendosi della dichiarazione fatta all'ispettrice consulente in sede d'inchiesta domiciliare, indicando come la presa a carico psichiatrica risalga al 1999 (quando il figlio aveva quattro anni) e che dal 2017 in avanti la situazione valetudinaria sia peggiorata sempre più. Adduce inoltre che "La decisione di separazione dal marito presa nel novembre 2020 depone pure a sostegno dello statuto esercitante un'attività lavorativa. Questa decisione implica [...] la necessità di provvedere al proprio sostentamento in modo indipendente, essendo fino ad allora economicamente a carico del coniuge. Il fatto che [...] sia tornata a vivere con il marito non va certo inteso come scelta di rimanere casalinga, ma "la separazione non è andata a buon fine a causa della comparsa di sentimenti di tristezza e solitudine con esacerbazione delle quote ansiose, motivo per il quale è tornata a convivere con il marito" [...]" (I, p.to 1.). Nelle more del ricorso l'insorgente ha motivato l'assenza di ricerche di lavoro negli ultimi cinque anni con il danno alla salute (VIII, pag. 1). Dal profilo formativo, dopo la scuola dell'obbligo la ricorrente ha concluso una formazione di impiegata d'ufficio acquisendo il relativo diploma il 22 giugno 1979 (doc. 9 e doc. 11, pag. 36 incarto AI). Per quanto concerne l'aspetto lavorativo, contrariamente a quanto indicato nel formulario di richiesta di rendita (doc. 11, pag. 37 incarto AI), ella non ha mai lavorato al 100%. Ciò si evince dall'analisi dell'estratto del conto individuale, ove sono riportati dei redditi estremamente modesti (al di sotto del minimo di sussistenza) e con importanti fluttuazioni (doc. 13 incarto AI), in ogni caso mai al di sopra fr. 19'354 (ultimo reddito percepito) all'anno. Appare quindi evidente che la ricorrente ha sempre e solo lavorato su base retributiva oraria (eventualmente con un minimo fisso ed una componente variabile). Dall'estratto del conto individuale si evince altresì che l'insorgente ha lavorato da settembre 1979 e che l'ultimo stipendio le è stato versato nel dicembre del 1993 (doc. 13 incarto AI). Come da lei stessa indicato, ella era casalinga già dal 26 novembre 1993 (doc. 11, pag. 37 incarto AI). Circa l'ambito familiare, il 23 gennaio 1995 la ricorrente ha partorito il figlio _____ (doc. 10, pag. 27 incarto AI), ragione per cui il concepimento, ammesso un periodo gestazionale normale, è da ricondurre a 9 mesi prima, ossia ad aprile-maggio 1994. Il figlio è divenuto maggiorenne nel 2013. Nel curriculum vitae del 10 aprile 2022 (doc. 15 incarto AI) l'insorgente ha indicato che le sue conoscenze linguistiche sono limitate all'italiano (lingua madre) e a conoscenze di base del francese, del tedesco e dell'inglese. Non dispone inoltre di alcuna conoscenza in ambito informatico. Alla domanda "Al fine di definire la pratica, necessitiamo sapere se negli ultimi 5 anni ha effettuato ricerche di lavoro [...]" ha crociato la casella "NO (ero soddisfatto del mio lavoro)". Nel formulario medico del 24 maggio 2022 la stessa curante dr.ssa _____ aveva indicato alla domanda "3.2 Di quali informazioni riguardo alla situazione professionale della/del paziente dispone" "VENDITRICE" e "CASALINGA" (doc. 18, pag. 72 in fine). Nel mandato per SMR del 3 ottobre 2022 viene riportato che "Assicurata [...] si dichiara casalinga" (doc. 24 incarto AI) e anche nel rapporto SMR del 16 dicembre 2022 il dr. _____ ritiene che "L'assicurata è da valutare come casalinga al 100% [...]" (doc. 29, pag. 111 incarto AI). Solo in sede d'inchiesta domiciliare, il 29 marzo 2023, alla domanda "se non fosse intervenuto il danno alla salute, l'assicurata eserciterebbe oggi un'attività lucrativa?" la consulente ispettrice ha messo a verbale che "La signora RI 1 dichiara che dopo la nascita

del figlio non ha più voluto lavorare perché soffriva già di problemi di salute.”, indicando altresì la ricorrente quale “Casalinga dal 1993” (doc. 30, pag. 117 incarto AI). In sintesi, il basso livello di formazione e la mancanza di conoscenze in ambito informatico avevano già determinato redditi al di sotto del minimo vitale quando la ricorrente era professionalmente attiva. Inoltre, ella stessa ha ammesso di essere diventata casalinga da novembre 1993, ossia un mese prima dell’ultimo salario percepito. Il concepimento del figlio è avvenuto ad aprile-maggio 1994, ossia circa cinque mesi dopo essere divenuta casalinga, senza che l’insorgente abbia allegato (e tantomeno comprovato) di aver fatto ricerche di lavoro in questo frangente. Anche volendo tener conto della necessità di accudire il figlio fino al raggiungimento della maggiore età nel gennaio 2013, ella non ha mai dato prova di essersi attivata alla ricerca di un impiego successivamente a tale momento. Oltre a ciò, tutte le “dichiarazioni della prima ora” fornite all’Ufficio AI risultano univoche, l’insorgente essendosi sempre considerata “casalinga dal 1993”. È solo in sede d’inchiesta domiciliare che la ricorrente ha addotto problemi di salute a motivo dell’impossibilità di ripresa di un’attività salariata dopo la nascita del figlio il _____ 1995, motivazione poi più diffusamente elaborata dalla patrocinatrice in sede ricorsuale. Di tutta evidenza, la dichiarazione resa in seconda battuta e personalmente dalla ricorrente risulta insufficiente a sovvertire la forza probatoria degli elementi (oggettivi) precedentemente esposti, questi ultimi convergendo sullo statuto di casalinga da novembre 1993 o, al più tardi, da gennaio 1994. Ma a prescindere da ciò, agli atti non vi è alcuna refertazione medica attestante un’incapacità lavorativa precedente al 2017 (I, allegati A3 e A4), la presa a carico psichiatrica dal 1999 (doc. 6, pag. 19 incarto AI) non essendo di per sé sufficiente per suffragare la tesi dell’insorgente. Per quanto concerne il tentativo effettuato nel 2020 di separazione dal marito, non vi sono elementi per poter concludere alcunché a favore della tesi dell’insorgente secondo cui tale circostanza implicasse necessariamente l’assunzione di un’attività salariata, considerato che l’aspetto economico avrebbe dovuto essere discusso già precedentemente alla messa in atto di tale soluzione. In tal senso, quanto addotto dalla ricorrente è rimasto allo stadio di mero parlato, considerando peraltro che il tentativo di vita separata dal coniuge, seppur di breve durata, è stato concretizzato, senza che vi fossero riferimenti alla necessità di riprendere un’attività lucrativa (cfr. ad esempio il rapporto del 9 settembre 2021 della Clinica _____ (I, allegato A8). Tutto bene considerato (cfr. supra consid. 2.4.), richiamato il surriferito principio della priorità della dichiarazione della prima ora e ricordato il margine d’apprezzamento delle prove, questo Giudice ritiene con il grado probatorio della verosimiglianza preponderante che le circostanze addotte e la documentazione prodotta dalla ricorrente nel corso della procedura amministrativa e con il gravame non sono sufficienti a dimostrare che ella, in assenza del danno invalidante, avrebbe effettivamente voluto intraprendere un’attività lucrativa. Visto quanto precede, la valutazione dell’Ufficio AI che ha considerato l’assicurata casalinga al 100% con conseguente applicazione del metodo specifico di graduazione dell’invalidità va confermata. 2.9. Le parti dissentono sull’inizio dell’anno d’attesa, ossia dell’anno durante il quale l’assicurato ha avuto un’incapacità al lavoro almeno del quaranta per cento in media senza notevole interruzione (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI). La ricorrente ritiene che l’anno d’attesa fosse iniziato nel 2019, alternativamente nel 2020. L’Ufficio AI, da parte sua, fissa l’inizio dell’anno d’attesa in concomitanza con il primo ricovero presso la _____ di _____, ossia nel novembre 2021. A mente di questo Giudice e per le ragioni in larga parte già esposte al consid. 2.8.1.1., l’anno d’attesa è iniziato a decorrere il 23 febbraio 2021. Infatti, nel complemento del 23 agosto 2023 (VI 1) il medico SMR ha accertato

un'incapacità lavorativa del 100% nei periodi di degenza e confermato le limitazioni del 17% (e pari grado d'invalidità) determinate dalla consulente ispettrice per i periodi intercorsi tra le degenze. Ciò significa che dal 23 febbraio 2021 al 23 febbraio 2022 l'insorgente è stata degente per 152 giorni – 140 giorni nel 2021 (I, allegati A7-A10 e doc. 23, pagg. 96-101 incarto AI) e 12 giorni dal 12 febbraio 2022 al 23 febbraio 2022 (doc. 23, pagg. 91-95 incarto AI) – e nei restanti giorni dell'intervallo temporale citato è stata accertata un'incapacità lavorativa del 17%. Risulta pertanto oltremodo verosimile che dal 23 febbraio 2021 al 23 febbraio 2022 l'insorgente presentava già una percentuale d'incapacità lavorativa media superiore al 40%, non essendo peraltro ravvisabili notevoli interruzioni ai sensi dei combinati artt. 28 cpv. 1 lett. b LAI e 29 ter OAI. Constatato che nell'anno d'attesa l'insorgente presentava con ogni verosimiglianza un'incapacità lavorativa superiore al 40%, si rende necessario il rinvio degli atti all'amministrazione affinché determini con precisione sia la percentuale d'incapacità lavorativa media in tale intervallo temporale, sia l'evoluzione dell'incapacità lavorativa fino al 30 maggio 2023, data della decisione impugnata. Tale approfondimento dovrà evidentemente tener altresì conto di tutta la documentazione medica a disposizione, rispettivamente da acquisire agli atti. 2.10. Per quel che concerne la valutazione medica, esaminata attentamente tutta la refertazione medica agli atti, questo Giudice ritiene che la fattispecie in disamina sia sufficientemente complessa da rendere opportuna una perizia in ambito psichiatrico, la quale dovrà in particolare confrontarsi maggiormente con le refertazioni mediche prodotte, rispettivamente indicate nelle more della presente procedura dalla ricorrente. In tal senso, il fatto che il medico SMR non abbia neppure visitato personalmente l'insorgente non permette di escludere che l'incapacità lavorativa effettiva durante i periodi tra le degenze fosse superiore a quanto riportato dal dr. _____.

E. 2.11

Visto tutto quanto precede, sulla scorta degli atti all'inserto non può (ancora) escludersi con la dovuta certezza e serenità che l'insorgente abbia diritto a prestazioni AI. Si rende quindi necessaria una perizia psichiatrica e un approfondimento dell'evoluzione della capacità lavorativa (almeno) fino alla data della decisione impugnata. 2.12. Per quanto concerne la valutazione dell'operato della consulente ispettrice, essa appare prematura; esperiti gli accertamenti psichiatrici e precisata l'evoluzione dell'incapacità lavorativa nel tempo, la documentazione dovrà essere nuovamente sottoposta alla consulente ispettrice, la quale potrà determinarsi alla luce di eventuali nuovi elementi, confermando o modificando la sua precedente valutazione.

E. 2.13

Il TCA, di norma, rinvia l'incarto all'Ufficio AI o perché vi sono carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano di un complemento (" 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. DTF 137 V 210; STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). In concreto, stante la necessità di un approfondimento medico, di un nuovo accertamento dell'evoluzione dell'incapacità lavorativa e di un eventuale nuova presa di posizione della consulente ispettrice, annullata – in accoglimento del ricorso – la

decisione impugnata si giustifica il rinvio degli atti affinché l'amministrazione proceda nel senso indicato sopra (cfr. supra consid. 2.8.1.1., 2.9.-2.12.) e si determini in seguito nuovamente sul diritto a prestazioni dell'assicurata. 2.14. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGa in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGa nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) 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 200 e 1000 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; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito favorevole del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr. STF 8C_307/2021 del 25 agosto 2021 consid. 6; DTF 141 V 281 consid. 11.1 e 137 V 210 consid. 7.1 con riferimenti) le spese di fr. 500 sono poste a carico dell'Ufficio AI, il quale verserà alla ricorrente, patrocinata in causa da un avvocato, fr. 2'000 di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa).

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