

TI_GERICHTE 32.2023.72 vom 12. Juni 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-06-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.72

FR: TI_GERICHTE 32.2023.72 du 12 juin 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.72 del 12 giugno 2023

Regeste

Ricorso (respinto) contro decisione UAI di rifiuto di prestazioni. A. contestata statuto di casalinga al 100% ma non prova che in assenza del danno alla salute avrebbe lavorato a tempo parziale. Statuto casalinga 100% e conclusioni dell'inchiesta domiciliare confermati

Erwägungen

E. 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 negato all'assicurata il diritto alla rendita dopo averne determinato lo statuto di casalinga con un grado d'invalidità non pensionabile. 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 Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione invalidità (CIRAI), valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. luglio 2022, prevede al marginale 9101 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 Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI), edita dall'UFAS, stato al 1. gennaio 2022 e valido da tale data, prevedono che: " Conformemente alle DT [Disposizioni transitorie, n.d.r.] LAI, 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 [diritto, n.d.r.] 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 ". Secondo le citate circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita l'asserita invalidità e l'eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto

previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2022. Per contro, se l'eventuale diritto ad una rendita è nato il 1. gennaio 2022 o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. In concreto, l'assicurata ha presentato la domanda di prestazioni il 23 aprile/2 maggio 2022 (cfr. supra consid. 1.1. in initio), ragione per cui l'eventuale diritto a prestazioni sarebbe in ogni caso insorto dopo la modifica legislativa (cfr. artt. 28 cpv. 1 lett. b e 29 cpv. 1 LAI). 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 artt. 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%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che 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%. 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)). 2.5. 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, 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. CFPG, 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

E. 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 LPGGA – 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 premorboso, 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. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni, al fine di accertare l'eventuale diritto dell'assicurata ad una rendita l'Ufficio AI ha esperito gli accertamenti medici ed economici confluiti nei rapporti SMR del 2 novembre 2022 e 17 febbraio 2023 e nel rapporto d'inchiesta economica del 29 gennaio 2023 (cfr. supra consid. 1.1.), emanando la decisione qui impugnata, debitamente preavvisata (cfr. supra consid. 1.2.). La ricorrente contesta lo statuto di casalinga al 100%, sostenendo che " al momento dell'aggravamento della malattia (ottobre 2020) stavo svolgendo un'attività lavorativa e non ero casalinga al 100% " e adducendo che senza il danno alla salute avrebbe proseguito con un'attività salariata (cfr. supra consid. 1.3.). 2.9. Questo Giudice, chiamato a verificare se lo statuto della ricorrente sia stato correttamente determinato dall'Ufficio AI, dopo attenta analisi della documentazione agli atti non ha motivo per metterne in dubbio le conclusioni. Ciò per le ragioni in appresso. 2.9.1. Come accennato (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. 2.9.1.1.). Quale secondo passo, occorrerà determinare se, valutato l'insieme delle circostanze del caso, in assenza del danno alla salute l'assicurata avrebbe esercitato o meno un'attività lavorativa (cfr. infra consid. 2.9.1.2.). 2.9.1.1. L'Ufficio AI ha ritenuto

l'invalidità (cfr. supra consid. 2.3.) insorta il 1. giugno 2021, fondandosi sui rapporti SMR del 2 novembre 2022 e del 17 febbraio 2023 (cfr. supra consid. 1.1.), ritenendo irrilevanti i certificati del dr. _____ attestanti dei periodi d'incapacità lavorativa precedenti a tale data. A ragione. In effetti, i precedenti periodi d'incapacità lavorativa totale (16 dicembre 2019-7 gennaio 2020; 6-31 marzo 2020 e 19-31 ottobre 2020; doc. 1, pag. 4 e doc. 38 incarto AI; I, allegato A3), oltre ad essere di corta durata (sessantadue giorni complessivi), sono stati intervallati da notevoli interruzioni ai sensi dei combinati artt. 28 cpv. 1 lett. b LAI e 29 ter OAI, ossia interruzioni di (almeno) trenta giorni durante i quali l'assicurata presentava una capacità lavorativa del 100%. Tale circostanza comporta che i surriferiti periodi di incapacità lavorativa non possono essere considerati nel calcolo dell'anno d'attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, il quale ricomincia a decorrere con la successiva incapacità lavorativa senza notevole interruzione (Meyer/Reichmuth, op. cit., n. 35 e 37 ad art. 28 LAI). Ne consegue che a ragione l'amministrazione ha fissato al 1. giugno 2021 la data dell'insorgenza dell'invalidità. Dalla documentazione agli atti emerge che la ricorrente aveva lavorato quale custode per quattro ore a settimana dal 1. ottobre 2017 al 1. novembre 2020 (docc. 32 incarto AI; I, allegati A1, A6 e A7). Ne consegue che immediatamente prima dell'insorgenza dell'invalidità (1. giugno 2021) l'insorgente non svolgeva alcuna attività lucrativa da ormai sette mesi.

2.9.1.2. Occorre ora verificare se, considerate tutte le circostanze del caso di specie, in assenza del danno alla salute l'assicurata 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.). Dal profilo della formazione, dopo la scuola dell'obbligo la ricorrente ha iniziato (2002) ed interrotto (2004) l'apprendistato in polimeccanica. Le sue conoscenze linguistiche sono limitate all'italiano (lingua madre) e a conoscenze di base del francese, sia scritto che orale. Anche le conoscenze in ambito informatico sono molto limitate (doc. 4, pag. 22, doc. 10, pag. 51 e seg. incarto AI). Dall'interruzione della formazione (2004) alla sua prima occupazione quale custode (1. ottobre 2017) sono intercorsi circa tredici anni, durante i quali ha generato prole (nel 2009 e nel 2014) che vive tutt'ora con lei (docc. 2 e 3, doc. 10, pag. 52 e doc. 9 incarto AI). Nel formulario della domanda di rendita del 23 aprile/2 maggio 2022, alla finca "5.5 Persone senza attività lucrativa, Descrizione del lavoro/funzione" la ricorrente ha indicato "CASALINGA, MAMMA" e alla finca "Osservazioni" che "I certificati [medici, n.d.r.] sono di periodi in quanto non lavorando venivano solo fatti quando richiesti dall'ufficio assistenza" (doc. 4, pagg. 23 e 25 incarto AI). Nel curriculum vitae dell'11 maggio 2022 la ricorrente ha crociato "NO (ero soddisfatto del mio lavoro)" alla domanda "Al fine di definire la pratica, necessitiamo sapere se negli ultimi 5 anni ha effettuato ricerche di lavoro [...]" (doc. 10, pag. 54 incarto AI). Valutata la refertazione medico-assicurativa, il medico SMR ha osservato che "Dopo gli studi [l'assicurata, n.d.r.] non ha svolto praticamente alcuna attività lavorativa. Ha lavorato un anno come aiuto domestico ed un altro anno come custode. Non ha mai dimostrato di voler ricercare un'attività professionale (come confermato nel CV). Si dichiara lei stessa casalinga." (doc. 13 incarto AI) e l'Ufficio AI ha conferito mandato per l'inchiesta domiciliare (doc. 18 incarto AI). In sede d'inchiesta domiciliare, il 26 gennaio 2023, alla domanda "se non fosse

intervenuto il danno alla salute, l'assicurata eserciterebbe oggi un'attività lucrativa?" il consulente ha messo a verbale che " L'assicurata riferisce che avrebbe svolto forse un'attività lavorativa a metà tempo e ricorda di aver inoltrato delle lettere presso alcune aziende per richiedere un impiego . All'incarto attualmente non risulta che siano state fatte ricerche di lavoro. L'assicurata si riserva di trovare le lettere che lo comprovino e in tal caso lo comunicherà all'Ufficio per sottoporre un eventuale differente pensum lavorativo. " (doc. 20, pag. 105 incarto AI, sottolineature del redattore). Ora, si rileva che né nella procedura amministrativa, né in quella ricorsuale l'assicurata ha apportato prove delle ricerche di lavoro asseritamente effettuate, sicché quanto da lei addotto è rimasto allo stato di mero parlato. Peraltro, la spiegazione addotta a motivo della carenza probatoria (I: "[...] la mia situazione di madre single e la pandemia in corso non mi rendeva attrattiva agli occhi di un probabile datore di lavoro ") non è neppure pertinente: non è infatti l'attrattività dell'assicurata sul mercato del lavoro a dover essere provata, ma l'asserita volontà di esercitare un'attività lucrativa a tempo parziale, ciò che non è avvenuto. Del resto, risulta ragionevolmente esigibile dall'assicurata chiedere conferma perlomeno della ricezione delle lettere di candidatura spontanea asseritamente inviate alle aziende. Con le osservazioni del 22 marzo 2023 al progetto di decisione del 24 febbraio 2023 (doc. 23 incarto AI) l'assicurata riferiva che "[...] io al momento dei certificati medici lavoravo come custode presso _____ che per motivi di salute ho dovuto lasciare prima della fine del contratto " (doc. 26 incarto AI, sottolineature del redattore). Per i motivi in appresso, il periodo durante il quale l'insorgente ha lavorato presso l'ultima datrice di lavoro non risulta sufficiente, di per sé, per concludere che ella volesse, successivamente alla disdetta del rapporto di lavoro, intraprendere " forse un'attività lavorativa a metà tempo ". In primo luogo va nuovamente evidenziato che l'attività lavorativa precedente, svolta in misura molto limitata, configura un'eccezione nella vita della ricorrente. In secondo luogo, nel ponderare le circostanze atte ad accertare l'effettiva volontà della ricorrente, questo Giudice ritiene preponderante il fatto che ella non ha (provato di aver) effettuato alcuna ricerca di lavoro negli ultimi cinque anni ed in particolare dopo la fine dell'ultima attività lavorativa, circostanza che avrebbe potuto confortare quanto da lei addotto. Infine, la credibilità della dichiarazione resa in seconda battuta dall'insorgente è relativizzata dal fatto che dagli atti all'inserto non vi è alcuna menzione della situazione valetudinaria dell'insorgente quale motivo della disdetta del contratto di lavoro, anzi (doc. 32, pagg. 152 e 154 incarto AI; I allegato A1). Tutto bene considerato (cfr. supra consid. 2.5.), richiamato il surriferito principio della priorità della dichiarazione della prima ora e ricordato il margine d'apprezzamento delle prove di cui il giudice delle assicurazioni gode, 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% al momento dell'insorgenza del danno invalidante, con conseguente applicazione del metodo specifico di graduazione dell'invalidità, va confermata. Pertanto, la censura dell'insorgente s'appalesa inconferente. 2.10. La ricorrente non ha contestato le conclusioni dell'inchiesta economica del 26 gennaio 2023 e questo Giudice, ricordato il riserbo al quale deve attenersi nella valutazione di un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica (STCA 32.2023.14 del 28 giugno 2023 consid. 2.9. con riferimenti), non ravvisa motivi per discostarsene. A titolo abbondanziale si rileva

che anche se, per ipotesi di lavoro, si volesse considerarla salariata al 10% con un'incapacità lavorativa completa e casalinga al 90% con un impedimento del 27%, in applicazione del metodo misto per la graduazione dell'invalidità l'insorgente non raggiungerebbe in ogni caso un grado d'invalidità pensionabile (cfr. supra consid. 1.2. in fine). 2.11. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma mentre il ricorso va integralmente respinto. 2.12. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGGA 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 (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico della ricorrente.

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