

## **TI\_GERICHTE 32.2013.182 vom 17. September 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-09-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2013.182](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.182)

FR: TI\_GERICHTE 32.2013.182 du 17 septembre 2013

IT: TI\_GERICHTE 32.2013.182 del 17 settembre 2013

### **Regeste**

Soppressione della rendita in via di riconsiderazione. Confermata l'erroneità della decisione iniziale di rendita in quanto l'amministrazione non aveva proceduto ad un'approfondita valutazione della capacità lavorativa in attività adeguate. Confermata anche la rilevanza dell'errore

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

ottobre 2007 consid. 2.2 e I 907/06 del 7 maggio 2007 consid. 3.2.1). Infine, in una sentenza I 406/05 del 13 luglio 2006 consid. 6, l'Alta Corte ha dichiarato manifestamente errata la decisione formale mediante la quale l'Ufficio AI aveva riconosciuto a un assicurato una mezza rendita di invalidità per il motivo che, nella sua abituale professione di coiffeur, presentava un'inabilità lavorativa del 50% (con corrispondente riduzione del reddito). Secondo il TFA, l'amministrazione avrebbe invece dovuto esaminare se l'assicurato, sul mercato generale del lavoro, esercitando un'attività sostitutiva, era in grado di meglio valorizzare la sua capacità lavorativa residua. Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). Essa può però intervenire anche retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante, se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato oppure se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 (lett. b). L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95ss). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197). 2.6. In merito 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). 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). 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; Meyer, op. cit., ad art. 28a, pag. 353 ) 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\_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Infine, se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.7. Nel caso concreto, alla base della precedente decisione 29 ottobre 2011 di erogazione della mezza rendita vi era una valutazione medica SMR. Dopo aver raccolto la documentazione medica, in particolare il rapporto 12 aprile 2010 della neuropsicologa dr.ssa \_\_\_\_\_ e quello 20 aprile 2010 del medico curante dr. \_\_\_\_\_, con annotazioni 19 ottobre 2010 il dr. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia, aveva valutato che “ in attività lavorativa abituale come venditore risulta medicalmente giustificata una IL del 50% con progressiva riduzione allo 0% nei prossimi mesi. Essendo la funzione professionale di tipo leggero, già adeguata dal lato fisico, non abbiamo valutato attività alternative che non porterebbero a CL superiore “ (doc. Ai 29/3). Tale valutazione era stata poi confermata, dopo ricezione di ulteriore documentazione, con annotazioni 31 maggio 2011 del medesimo medico SMR (“ .... Possiamo definire la situazione cardiologica come stabilizzata dal lato emodinamico con deficit persistendo la facile

affaticabilità psico fisica si conferma definitivamente l'IL al 50% in attività abituale (già di tipo leggero) e confacente senza riduzione del rendimento né di presenza ore a partire sempre dal 30.08.2010 continua"; doc. AI 32). doc. AI 32/1). In occasione della revisione, l'Ufficio AI ha ordinato una perizia pluridisciplinare svolta dal SAM. Con rapporto 10 aprile 2013, i periti, dopo aver proceduto a cinque consultazioni specialistiche esterne: psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_), reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_), cardiologica (dr. \_\_\_\_\_) e neuropsicologica (dr. \_\_\_\_\_).

Accertato che in ambito psichiatrico e reumatologico non sono state riscontrate patologie invalidanti, i periti del SAM hanno evidenziato le seguenti affezioni con ripercussioni sulla capacità lavorativa: " (...) La patologia cardiaca (cardiopatia ischemica) non comporta nessuna incapacità lavorativa per la professione abituale di impiegato di vendita e per le attività che comportano sforzi fisici di grado lieve-moderato, mentre giustifica un'incapacità lavorativa del 50% per le attività pesanti. La patologia cardiologica è invariata rispetto alla precedente valutazione SAM del maggio 2011. La patologia neurologica (stato da arresto cardiocircolatorio con lieve encefalopatia post-anossica con deficit cognitivi concernenti principalmente l'attenzione sostenuta, di entità moderata; inoltre lieve cambiamento di carattere), giustifica un'incapacità lavorativa del 20% per ogni attività professionale, rimasta invariata da estate 2010. La patologia neuropsicologica (compromissione cognitiva di grado moderato) è rimasta invariata rispetto alla nostra precedente valutazione SAM del maggio 2011. Per quanto riguarda le sue implicazioni sulla capacità lavorativa, si rimanda alla valutazione del consulente specialista in neurologia. In occasione della nostra precedente perizia del maggio 2011, abbiamo avanzato delle riserve, non essendo stati in quella circostanza effettuati consulti in ambito psichiatrico e neurologico. Questa lacuna è stata ora colmata e alla luce del decorso, che ha confermato la stabilità del quadro clinico nel tempo, non sussiste la necessità di effettuare esami neuroradiologici e l'assenza di elementi in favore di una ipersonnia patologica durante il giorno, con scala di Epworth risultata nella norma, rende superfluo un approfondimento diagnostico alla ricerca di una eventuale sindrome delle apnee del sonno. Ne consegue che la nostra valutazione del maggio 2011 assume valore definitivo e può essere attualmente confermata. (...)" (doc. AI 56/34-35) A seguito del consulto tra gli specialisti, il SAM ha concluso globalmente per "un'abilità dell'80% nell'attività abituale e da ultimo esercitata di impiegato di vendita. L'incapacità lavorativa del 20% è da considerare come diminuzione del rendimento per il normale tempo lavorativo" (doc. AI 56/35), precisando come tale valutazione sia valida anche per ogni attività leggera a moderata. In attività pesanti l'assicurato è stato ritenuto inabile al 50% a causa della patologia cardiaca (doc. AI 56/36). In merito all'evoluzione della capacità lavorativa, i periti hanno concluso: " (...) L'A. è stato completamente inabile al lavoro per un periodo di quattro mesi dall'esordio della malattia il 28.2.2010 la capacità lavorativa corrisponde a quella attuale. Il quadro clinico riscontrato attualmente, come pure i disturbi soggettivi dell'A. sono sovrapponibili a quelli da noi constatati in occasione della precedente perizia SAM effettuata in maggio 2011 su incarico dell'Assicurazione \_\_\_\_\_, interessata in ambito IPG. Non entriamo nel merito dell'apprezzamento che ha portato l'Ufficio AI a riconoscere un grado d'invalidità del 50% dall'1.2.2011, con decisione AI del 12.9.2011, senza tener conto del nostro esame peritale pluridisciplinare del maggio 2011, per motivi che non ci sono noti. (...)" (doc. AI 56/35) I periti, come visto sopra, hanno fatto riferimento ad una loro precedente valutazione del 9 maggio 2011 che non è stata presa in considerazione dall'Ufficio AI in occasione della decisione 12 settembre 2011, precisando: " (...) Nella valutazione della capacità lavorativa residua, per motivi che

non ci sono noti l'Ufficio AI non ha preso in considerazione una valutazione peritale pluridisciplinare effettuata dal SAM su incarico dell'Assicurazione \_\_\_\_\_, interessata in ambito indennità perdita di guadagno. Nel rapporto peritale del 9.5.2011, che riportiamo agli atti, era stata considerata una capacità lavorativa residua dell'80% per la professione abituale di impiegato di vendita, ritenendo che fosse giustificata al massimo una diminuzione del rendimento del 20% a causa di una compromissione cognitiva di grado moderato. (...)" (doc. AI 56/33) Successivamente al progetto di decisione 25 giugno 2013 l'assicurato ha prodotto altra documentazione medica, in particolare una valutazione neuropsicologica eseguita 6 settembre 2013 dal dr. \_\_\_\_\_ attivo presso la Clinica di riabilitazione \_\_\_\_\_. Con annotazioni 22 settembre 2013 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha proceduto alla valutazione di tale atto: " Nuova documentazione medica pervenuta agli atti Dr. med. \_\_\_\_\_ Valutazione neuropsicologica del 06.09.2013 La valutazione di controllo di questo paziente conferma una globale preservazione dette capacità cognitive, comprese le funzioni mnesiche ed esecutive. Tuttavia persistono dette difficoltà di attenzione sostenuta e divisa. Si tratta di deficit di entità lieve ma che possono avere un impatto negativo nello svolgimento dell'attività lavorativa del paziente. Dr. \_\_\_\_\_ (dal SAM del 10.04.2013) Valutazione neuropsicologica del 05.03.2013 Deficit isolato dell'attenzione sostenuta con una compromissione cognitiva di grado moderato. PROCEDERE La nuova documentazione neuropsicologica pervenuta agli atti non apporta nuovi elementi medici che non siano già stati considerati e valutati dalla perizia pluridisciplinare SAM, rispettivamente dalla valutazione neurologica del Dr. med. \_\_\_\_\_ con valutazione neuropsicologica del 05.03.2013 (su citata)." (doc. AI 78/1) In questo contesto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze della perizia SAM – tra l'altro non smentite da altra documentazione medica –, alla quale va conferito probatorio (cfr. consid. 2.5), richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che dal 28 febbraio 2010 il ricorrente è da ritenere inabile al 100% in qualsiasi attività, ma abile all'80% nell'abituale attività considerata leggera e 50% in attività pesanti con effetto dal luglio 2010. Con annotazioni 11 aprile 2013 il dr. \_\_\_\_\_ ha aderito alla perizia multidisciplinare, con tuttavia una differenziazione per quanto riguarda la tipologia dell'attività di venditore esercitata dall'assicurato. Sulla scorta del questionario del datore di lavoro, compilato il 12 luglio 2012 (doc. AI 44) – in cui è stato indicato che l'attività comprendeva talvolta anche il sollevamento o il portare pesi sia moderati che pesanti –, l' abituale attività è stata da lui valutata come mediamente pesante, motivo per cui l'incapacità lavorativa è stata fissata al 50% (doc. AI 58). Orbene, visto quanto sopra, in sede di risposta l'amministrazione ha rettammente sostenuto che nel caso di specie sussistono i presupposti di una riconsiderazione "... in quanto la precedente decisione 20.10.2013 (recte: 2011) – basata unicamente su valutazione dei medici curanti era manifestamente erronea, non avendo tenuto conto della perizia pluridisciplinare del maggio 2011 eseguita dal SAM per conto dell'assicuratore malatte, di cui l'UAI è venuto a conoscenza solo dopo la seconda perizia del SAM dell'aprile 2013 “. In effetti la valutazione della residua capacità lavorativa era stata eseguita unicamente tenendo conto dei referti dei medici curanti, in particolare del rapporto

3 settembre 2010 del dr. \_\_\_\_\_, medico curante (doc. AI 11). A tale riguardo va fatto riferimento alla STF 9C\_121/2014 del 3 settembre 2014. In quella sentenza l'Alta Corte, confermando la propria giurisprudenza, aveva qualificato come errore manifesto la circostanza che in una fattispecie complessa l'amministrazione aveva fondato la valutazione dell'abilità lavorativa unicamente su brevi rapporti del medico curante (" In diesem Sinne fehlte es hier an hinreichend sorgfältigen Abklärungen. Das komplexe gesundheitliche Geschehen bedurfte einer fachärztlichen Beurteilung; die Kurzberichte des Hausarztes genügten nicht, zumal die attestierte funktionelle Einschränkung nicht nachvollziehbar hergeleitet wurde. Hinzu kommt, dass schon im Jahr 1999 in einem amtlich publizierten Urteil ( BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353 mit Hinweisen auf unveröffentlichte Präjudizien) eine Beweiswürdigungsrichtlinie etabliert worden war, welche den Beweiswert von Hausarztberichten deutlich relativierte; ab da konnte es jedenfalls in komplexeren Fällen schon nach allgemeinen beweisrechtlichen Grundsätzen nicht mehr als praxiskonform gelten, die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit im Sinne von ATSG und IVG entscheidend auf einen Hausarztbericht abzustützen (vgl. erwähntes Urteil 9C\_654/2013 E. 4; consid. 3.3.3 della citata sentenza). Trattandosi nel caso in esame di una fattispecie complessa, confermata dal fatto che sono stati necessari accertamenti pluridisciplinari, nelle annotazioni 19 ottobre 2010 (doc. AI 29) l'SMR non poteva fondare la valutazione relativa alla capacità lavorativa unicamente su quanto attestato dal medico curante, dr. \_\_\_\_\_ nel già menzionato rapporto 3 settembre 2010. Del resto, come visto, la perizia 2011 del SAM, della quale l'amministrazione ne ha avuto conoscenza dopo la perizia multidisciplinare dell'aprile 2013, smentisce tale valutazione. 2.8. Occorre ora ricordare che la modifica (nel senso di una soppressione o di una riduzione) in via di riconsiderazione di una rendita presuppone in ogni caso che, dall'assegnazione della prestazione, non siano intervenute modifiche della situazione giuridicamente rilevante che giustifichino il mantenimento della rendita alle condizioni precedentemente ammesse (art. 17 LPGA; STF 9C\_768/2010 del 10 novembre 2010 consid. 2.2; I 859/05 del 10 maggio 2006 consid. 2.3; I 222/02 del 19 dicembre 2002 consid. 5.1). Nel caso in esame, non risulta che sino al momento della decisione contestata (secondo giurisprudenza, la decisione contestata delimita dal punto di vista temporale il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), ossia al 7 settembre 2013, sia subentrato un rilevante peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurato tali da giustificare il mantenimento del diritto alla rendita e questo per i motivi che seguono. Pendente causa l'assicurato ha prodotto il rapporto 14 giugno 2014 del dr. \_\_\_\_\_. Ricordato che RI 1 è suo paziente dal 2004 e che il 28 febbraio 2010 ha avuto un grave evento cardio-respiratorio, il citato sanitario sostiene che il deficit psicologico non permette di lavorare al 64% e riferisce dell'ultima visita del 25 aprile 2014: " (...) In quell'occasione lo stato generale è buono, a livello cardiocircolatorio è ben compensato e stabile. Rimane questo deficit di concentrazione e memoria, e la fragilità emotiva. Sono passati 4 anni e non è d'aspettarsi quindi un miglioramento delle funzioni deficitarie in futuro. Valuto la sua capacità lavorativa al 50% (ore di lavoro) a lungo termine." (doc. X/bis) Con scritto 20 giugno 2014 l'amministrazione ha osservato che quanto riportato dal medico curante non apporta nuovi elementi clinici rilevanti rispetto alle valutazioni del SAM e del SMR, evidenziando che "il medico curante conferma in modo generico un'incapacità lavorativa del 50 %" (XII). Va poi ricordato che l'SMR ha anche concluso per un'abilità lavorativa del 50% nell'attività di venditore. Il ricorrente ha prodotto il rapporto 9 settembre 2014 del dr. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, del seguente tenore: " Seguo il signor

RI 1 nel mio studio dal 25 giugno 2014. Vi sono stati quattro incontri, un quinto, con l'accordo del paziente, solo con la consorte. Quest'ultimo appuntamento mi ha consentito di chiarire le ripercussioni a livello psicologico verificatesi a seguito dell'arresto cardiaco occorso il mese di febbraio 2010 con necessità di rianimazione per oltre 90 minuti.

Trattandosi di un evento estremamente traumatico (il signor RI 1 si è "confrontato con la morte") da subito si sono manifestate conseguenze psicologiche le quali, a quanto risulta, non sono state prese in considerazione. È stata eseguita una valutazione neuropsicologica che ha potuto sondare le conseguenze a livello cognitivo dell'accaduto ma, evidentemente, non evidenziare il quadro psicopatologico il quale avrebbe dovuto essere indagato mediante una presa a carico psichiatrica. La letteratura scientifica concorda sul fatto che venti altamente stressanti, come quello accaduto al signor RI 1 necessitino da subito di un trattamento psicologico-psichiatrico onde evitare di sfociare a medio-lungo termine, in uno stato depressivo importante. L'ipotesi più probabile, anche basandomi su quanto riferito dalla moglie (il paziente ha un "vuoto anamnastico" di tre settimane successive all'arresto cardiaco), è che si sia inizialmente manifestata una sindrome post-traumatica da stress poi evoluta gradualmente ed insidiosamente, in quanto non diagnosticata né trattata, verso uno stato depressivo. Si tratta di un'ipotesi verosimile, sostenuta dalla letteratura scientifica che, in ogni caso, avrebbe meritato di essere presa in considerazione ed approfondita, da subito, da parte di un medico specialista in psichiatria e psicoterapia." (doc. B) Al riguardo, il 22 settembre 2014 l'amministrazione ha osservato: "... a partire del 25.06.2014, ovvero posteriormente alla decisione impugnata. Tale valutazione retrospettiva indica un'ipotesi ritenuta dal medico come "verosimile", basata soprattutto sulle dichiarazioni della moglie dell'assicurato. Si rileva però che il signor RI 1 è stato debitamente valutato anche in ambito psichiatrico da parte del SAM, il cui consulente perito Dr. \_\_\_\_\_ nel febbraio 2013 non ha rilevato alcuna patologia invalidante." (doc. XVII) Ora, questo TCA concorda con quanto riportato sopra, ribadendo come nell'ambito della perizia SAM del 2013 l'assicurato sia stato valutato anche dal punto di vista psichiatrico, senza che il perito abbia riscontrato una patologia extra-somatica. Inoltre, il dr. \_\_\_\_\_ ha solo ipotizzato una diagnosi, senza specificare se sia invalidante o meno. Va qui rilevato che il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti del ricorrente nei confronti dell'AI insorti successivamente alla data decisiva del provvedimento in lite, poiché egli ha se del caso la facoltà di presentare una nuova domanda di prestazioni adducendo una rilevante modifica della situazione valetudinaria ed allegando la pertinente documentazione medica relativa ad eventuali nuovi o maggiori disturbi che potrebbero influire sul grado di inabilità. 2.9. Per quel che concerne la determinazione del grado d'invalidità, secondo il metodo ordinario (cfr. consid. 2.2), l'Ufficio AI ha rettamente raffrontato il reddito da venditore (reddito da valido) con il reddito ipotetico evinto dai dati statistici salariali (reddito da invalido). Il ricorrente sostiene che debba essere applicato il metodo straordinario. Al riguardo va ricordato che, se con la giurisprudenza, nei casi in cui il calcolo dei redditi risulti particolarmente difficile, occorre che la graduazione dell'invalidità avvenga, ispirandosi al metodo specifico applicabile alla persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 OAI), eccezionalmente secondo il metodo straordinario. Capita in particolare nel caso di indipendenti, dove un calcolo sufficientemente preciso dei redditi da porre a confronto sia escluso. L'invalidità è allora stabilita secondo la riduzione del rendimento nella situazione concreta in cui si svolge l'attività (Pratique VSI 1998 pag. 121; Meyer, op. cit., pag. 299; riassunto della giurisprudenza in STF 9C\_236/2009 del 7 ottobre 2009 consid. 3 e 4). La succitata giurisprudenza non è applicabile al caso concreto, non essendo l'assicurato indipendente.

Benché egli risulta essere stato socio e gerente, con diritto di firma individuale, della \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ 2001 all' \_\_\_\_\_ 2012 (cfr. date di pubblicazione nel FUSC), nel questionario del datore di lavoro compilato il 12 luglio 2012. oltre ai dati salari, è stata indicata la sua mansione d'impiegato di vendita (doc. AI 44), motivo per cui è da ritenere quale dipendente. 2.9.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. sentenza 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nel caso in esame, con riferimento al citato questionario del datore di lavoro, l'amministrazione ha quantificato il reddito senza invalidità in fr. 69'600.-- (fr. 5'800.-- al mese, la 13.a non risulta essere riconosciuta). L'assicurato sostiene che "col passare del tempo" sarebbe divenuto direttore della ditta familiare senza tuttavia apportare degli indizi concreti di un prospettato avanzamento professionale. 2.9.2. Il reddito da invalido, secondo la giurisprudenza, è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di

influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C\_1033/2008 e 9C\_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Nel caso in esame, la quantificazione del reddito da invalido è stata riportata nella decisione impugnata: "(...) Reddito da invalido In attività abituale: Considerata una capacità lavorativa del 50%, nell'abituale attività nel 2011 potrebbe realizzare uno stipendio annuo di CHF 34'800.--. In attività adeguate A seguito della sentenza del TCA del 12 giugno 2006 e delle indicazioni della Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni è stata stabilita l'inapplicabilità dei valori regionali (tabella TA13) che erano stati utilizzati finora. La nuova giurisprudenza impone quindi che il reddito da invalido vada d'ora in poi determinato in applicazione dei valori nazionali (tabella TA1). Riduzioni Per gli assicurati che a causa della particolare situazione personale o professionale non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri, e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino ad un massimo del 25% (DTF 126 V 76). La questione a sapere se in qual misura, nel singolo caso, i salari fondati sui dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente (STF I 870/05). Il TF precisa inoltre che non si devono quantificare deduzioni distinte per ognuno dei fattori che entrano in linea di conto, sommandole infine, perchè in tal modo si perderebbero di vista gli effetti reciproci. Così per esempio, il salario iniziale in

una nuova ditta non verrà fissato unicamente in funzione degli anni di servizio, ma anche sulla base delle esperienze professionali acquisite (DTF 126 V 76). Utilizzando i dati forniti dalla citata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica lei nel 2011 avrebbe potuto realizzare un salario annuo di CHF 63'802.-- (divisione economica 47.3, commercio al dettaglio, conoscenze professionali e specializzate). Sulla base di quanto appena espresso, si stabilisce una riduzione al reddito da invalido dell'8% per attività leggere e del 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari. Considerato quindi un reddito di partenza di CHF 63'802.-- si effettua una riduzione del 20% inerente l'incapacità lavorativa e si applica successivamente una riduzione complessiva del 13% per i motivi appena menzionati; ne risulta un reddito da invalido di CHF 44'406.-- (...)" (doc. AI 79/2-3). Il ricorrente sostiene invece che quale reddito senza invalidità deve essere tenuto conto del salario attualmente percepito per l'attività di venditore svolta nella misura del 50%. Come visto sopra, l'assicurato mette a miglior frutto la sua residua capacità lavorativa in attività leggere, mentre, come è emerso dal mansionario annesso al questionario del datore di lavoro del 16 luglio 2012 (cfr. consid. 2.7), l'abituale attività è di tipo medio-pesante. Conformemente al principio dell'obbligo di ridurre il danno, l'assicurato è tenuto ad intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61) - se necessario intraprendendo una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221). L'esigibilità in altre attività adeguate è stata valutata dal consulente in integrazione professionale nel cui rapporto ha evidenziato: " (...) Oltre l'attività abituale in cui l'assicurato ha delle buone/ottime competenze da sfruttare sia in fatto di conoscenza del materiale che relazionali (persone che decidono l'acquisto), l'assicurato è da ritenersi in grado di svolgere genericamente attività specialistiche nel ramo della vendita al dettaglio (47.3). (...)" (doc. AI 61/1) Vero che nella precedente valutazione del 30 giugno 2011 lo stesso consulente aveva considerato l'attività svolta come adeguata (cfr. doc. AI 34). Ma è altrettanto vero che a quell'epoca egli era partito dalla considerazione che l'abituale professione fosse stata di tipo leggero, ciò che, come visto, è stato smentito dal successivo mansionario. Dal raffronto dei redditi è risultato un grado d'invalidità del 36% che non raggiunge il minimo pensionabile del 40% ex art. 28 cpv. 2 LAI [ (69'600 – 44'406 ) x 100 / 69'600 ]. Del resto, anche volendo ritenere l'abituale attività siccome leggera, l'assicurato presenterebbe un'inabilità lavorativa e, di conseguenza, un'incapacità al guadagno (applicazione del cosiddetto "raffronto dei redditi percentuale", cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a e riferimenti ivi menzionati; cfr., fra le tante, STF 9C\_856/2010 del 27 giugno 2011, 9C\_294/2008 del 19 marzo 2009 ) del 20%, grado che non gli conferisce il diritto alla rendita AI. In merito alla riduzione per circostanze personali del 13% (8% per attività leggere e 5% per contingenze particolari), non contestata, va ricordato che, con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013, il Tribunale federale ha interamente confermato quanto sostenuto da questo Tribunale nella sentenza 32.2012.36 del 31 gennaio 2013 a proposito del fatto che la riduzione percentuale va applicata utilizzando esclusivamente dei multipli di 5. Nelle osservazioni 19 novembre 2013 l'amministrazione ha retamente fatto presente che arrotondando per eccesso al 15% le riduzioni, il grado d'invalidità risulta essere del 38%, circostanza che non comporta alcuna modifica all'esisto della presente

giudizio. 2.10. Visto quanto sopra, ritenuto che l'assicurato non presentava un grado d'invalidità pensionabile, la decisione del 29 ottobre 2011 di riconoscimento ed erogazione di una rendita dal 1° marzo 2013 risultano essere manifestamente errate e la loro correzione ha un'importanza rilevante, motivo per cui rettamente l'Ufficio AI ha proceduto alla loro riconsiderazione. Trattandosi di un errore relativo ad elementi specifici dell'AI, ritenuto che l'assicurato non ha violato alcun obbligo d'informazione, l'amministrazione ha correttamente soppresso, in analogia all'art. 88bis OAI, la rendita dal 1° gennaio 2014, vale a dire il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (cfr. consid. 2.5). In queste circostanze, visti i considerandi precedenti, la decisione contestata merita conferma mentre il ricorso va respinto. 2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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