

TI_GERICHTE 32.2014.8 vom 2. Februar 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-02-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.8

FR: TI_GERICHTE 32.2014.8 du 2 février 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2014.8 del 2 febbraio 2015

Regeste

Revisione della rendita confermata. Dalla valutazione del medico dell'AI, nonché dalle risultanze del mandato di osservazione conferito all'agenzia investigativa, il miglioramento dello stato di salute è riconducibile al mese di ottobre 2012. Confermata anche domanda di restituzione prestazioni

Erwägungen

E. 26

giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.3. Va poi ricordato che, secondo la giurisprudenza del TFA, 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 (Pratique VSI 1998 p. 121; pag. 255; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss. consid. 2b; RAMI 1996 p. 36 consid. 3b e 3c; DTF 104 V 137 consid. 2c; DTF 97 V 57; DTF 104 V 139; DTF 105 V 154ss consid. 2a; Duc, Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, p. 456). L'invalidità è allora stabilita secondo la riduzione del rendimento nella situazione concreta in cui si svolge l'attività (Pratique VSI 1999 pag. 121s; Valterio, op. cit., p. 199). Perciò l'invalidità sarà valutata considerando le ripercussioni economiche dovute alla riduzione del rendimento sulla situazione concreta dove si svolge l'attività dell'assicurato divenuto invalido (DTF 105 V 151). In tal caso si procede a paragonare le attività svolte prima e dopo la sopravvenienza del danno alla salute, riferendosi al metodo specifico applicato a coloro i quali non svolgono attività lucrativa (art. 27 OAI; Pratique VSI 1998 p. 122 consid. 1a). La differenza sostanziale tuttavia con quest'ultimo metodo consiste nel fatto che il grado di invalidità non viene stabilito direttamente sulla base del raffronto tra le attività. Dapprima, infatti, sulla base di tale raffronto, si constata l'impedimento dovuto al danno, poi si valutano gli effetti di tale impedimento sull'incapacità di guadagno (metodo straordinario; Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss consid. 2b; DTF 105 V 151, 104 V 138). Una determinata limitazione della capacità produttiva funzionale può, non deve tuttavia forzatamente, produrre una perdita di guadagno della medesima entità (Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a). Se si volesse, nel caso di persone attive, fondarsi esclusivamente sul risultato ottenuto dal confronto delle attività, si violerebbe il principio legale secondo cui per questa categoria di assicurati l'invalidità deve essere stabilita in base all'incapacità di guadagno (DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136

consid. 2; VSI 1998 pag. 122 consid. 1a e pag. 257 consid. 2b; cfr. in particolare STFA inedite del 27 agosto 2004 in re I, I 543/03 e del 12 maggio 2004 nella causa T., I 540/02). Secondo giurisprudenza infine, il metodo straordinario è spesso applicato alle persone con attività lucrativa indipendente o comunque nei casi in cui anche solo uno dei redditi determinanti per il raffronto non può essere accertato o stimato in maniera affidabile (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004 in re I, consid. 4.3 e STFA I 224/01 del 22 ottobre 2001, consid. 2b; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 205). Nel caso di un indipendente, il TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha precisato che il solo raffronto tra l'utile realizzato prima e quello conseguito dopo l'incidente, non conduce a conclusioni affidabili per quel che riguarda la perdita di guadagno che dipende dall'invalidità. In effetti, troppi fattori influenzano gli utili di un'azienda, come ad esempio la situazione congiunturale e la situazione concorrenziale, di conseguenza le oscillazioni sono dovute anche ad aspetti estranei all'invalidità. Di conseguenza il TFA ha stabilito che i soli documenti contabili non sono dei mezzi idonei a stabilire in maniera affidabile i redditi ipotetici (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b; DTF 104 V 137 consid. 2c). 2.4. Per quanto attiene l'esame delle conseguenze del danno alla salute dal profilo economico e, quindi, la determinazione del grado di inabilità, richiamato l'art. 16 LPGA e quanto già esposto ai consid. 2.2. e 2.3. che precedono, va ricordato che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a). I dati economici risultano pertanto determinanti. Al medico compete la valutazione dello stato di salute del peritando, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto (Meyer-Blaser, op. cit., p. 227, cfr. anche DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 143 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). D'altro canto compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op. cit., p. 228, Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, p. 201). In particolare, al fine di determinare l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario di cui all'art. 16 LPGA, occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno (reddito da valido) con quello risultante dalle attività esigibili nonostante il danno alla salute (reddito da invalido). Determinante per il raffronto dei redditi ipotetici è il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, tenuto conto che l'amministrazione deve considerare inoltre eventuali rilevanti modifiche dei redditi di riferimento intervenute sino all'emanazione della decisione contestata (cfr. consid. 2.3.). In ogni modo, a i fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer■Blaser, op cit. p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Va ancora la pena di rilevare che, secondo la giurisprudenza del TFA, per accertare il reddito conseguibile dall'assicurato senza l'invalidità (reddito da valido) è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA I 782/03 del 24 maggio 2006; STFA

inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 p. 381 e riferimenti). Per quel che concerne la determinazione del reddito di un indipendente, si deve tener conto in particolare delle attitudini professionali e personali e del genere di attività della persona assicurata, come pure della situazione economica e dell'andamento della sua azienda (RCC 1961 pag. 338) prima dell'insorgere dell'invalidità. In mancanza di dati affidabili, il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (RCC 1962 pag. 125). Il reddito di tali aziende non può tuttavia essere equiparato direttamente al reddito ipotetico senza invalidità (RCC 1981 pag. 40). In tutti i casi deve essere fatta astrazione del reddito che non proviene dall'attività personale dell'assicurato, come il good-will, l'interesse derivante dal capitale investito o la parte di reddito attribuibile alla collaborazione di familiari (RCC 1971 pag. 432; cfr. Valterio op. cit., pag. 206; Peter, Die Koordination von Invalidenrenten, Zurigo 1997 pag. 65 e il marginale 3030 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) edita dall'UFAS, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2000; cfr. al riguardo anche STCA del 29 ottobre 2003, inc. 32.2002.154, STCA del 27 ottobre 2003, inc. 32.2003.15). Per quel che concerne invece il reddito da invalido, lo stesso deve essere 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") (cfr. DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché come nel caso in esame 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 di statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (Pratique VSI 2002 pag. 68 consid. 3b; 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 che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in Pratique VSI 2002 pag. 64). 2.5. Il TFA ha già avuto modo di affermare l'ammissibilità di principio di un raffronto tra redditi da attività indipendente con redditi da dipendente (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004). Tale modo di operare è segnatamente stato avallato nei casi in cui sono disponibili dati fiscali attendibili (cfr.

sentenza citata). Inoltre alla luce del principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, per il quale all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572) e, quindi, anche l'obbligo di intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). In talune circostanze si può dunque richiedere ad un assicurato indipendente di intraprendere un'attività dipendente. Questo avviene allorché egli può mettere a miglior frutto la sua residua capacità lavorativa e quando tale cambiamento di professione - tenuto conto dell'età, della durata dell'attività svolta, della formazione, della tipologia dell'attività sin qui esercitata e della situazione professionale - sia ragionevolmente esigibile. Se ciò si avvera, l'esigibilità di un cambiamento di professione va ammessa e il libero professionista può essere trattato, ai fini della valutazione del suo reddito da invalido, come se avesse rinunciato alla propria attività indipendente (cfr. STFA inedite 27 agosto 2004 in re I, I 543/03, consid. 4.3 e del 22 ottobre 2001 in re W., I 224/01, consid. 3b/bb). In tal caso per stabilire l'invalidità vengono computate quelle entrate che egli potrebbe percepire tramite un'attività lavorativa dipendente adeguata al danno alla salute. Ad esempio l'Alta Corte aveva ritenuto esigibile un cambiamento di professione da agricoltore indipendente in un'attività dipendente adeguata (ZAK 1983 pag. 256; STFA I 38/06 del 7 giugno 2006, consid. 3.2 con riferimenti di giurisprudenza). Vedi anche STFA I 761/04 del 14 giugno 2005, dove il TFA ha confermato l'esigibilità di un cambiamento professionale da custode indipendente di diversi immobili. Nella STFA I 782/03 del 24 maggio 2006, pubblicata in RtiD II-2006, pag. 214, il reddito ipotetico senza il danno alla salute conseguibile da un'assicurata di professione parrucchiera con attività lucrativa indipendente, che quando è rimasta vittima di due incidenti della circolazione aveva avviato da poco il proprio esercizio, non poteva essere determinato fondandosi sull'evoluzione che l'azienda avrebbe avuto se non fosse subentrata l'invalidità, in quanto i dati contabili a disposizione erano pochi e inattendibili. Pertanto, esso è stato correttamente accertato sulla base di un esame comparativo dei redditi conseguiti da aziende simili nella regione. Il reddito da invalida è poi stato ottenuto facendo capo alla situazione salariale concreta dell'assicurata quale assistente di cura. Siccome i due redditi di riferimento sono stati determinati in maniera attendibile secondo il metodo ordinario, l'invalidità dell'assicurata non doveva essere stabilita secondo il metodo straordinario. Per altri casi in cui, invece del metodo straordinario, è stato applicato il normale confronto dei redditi utilizzando i dati statistici ed esigendo dall'assicurato il passaggio ad un'attività dipendente cfr. STF 9C_335/2007 e STF 9C_13/2007.

2.6. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità

dell'invalido a provvedere a se stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). Infine, prescrive l'art. 87 cpv. 4 OAI che, ove la rendita o l'assegno per grandi invalidi siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a sé stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349; STFA non pubbl. 28 giugno 1994 nella causa P. P.; RCC 1989 p. 323; DTF 113 V 275, 109 V 116, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (DTF 130 V 351; RCC 1987 pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

2.7. In una sentenza U 161/01 del 25 febbraio 2003, parzialmente pubblicata in DTF 129 V 323 - concernente un'assicurata sottoposta a video-sorveglianza da parte dell'assicuratore privato di responsabilità civile, mezzo di prova successivamente utilizzato dall'INSAI -, l'Alta Corte ha riconosciuto la legittimità di principio della sorveglianza. Con un successivo giudizio del 20 marzo 2006, pubblicato in DTF 132 V 241, l'Alta Corte federale ha precisato che qualora un assicuratore RC privato ha incaricato un detective di sorvegliare una persona, l'art. 43 cpv. 1 in relazione con l'art. 61 lett. c LPGa costituiscono la base legale per l'utilizzazione dei relativi mezzi di prova (video-registrazioni e rapporti di sorveglianza) da parte dell'INSAI (o di un altro assicuratore LAINF). Infine, nella DTF 137

I 327 consid. 5, il Tribunale federale ha deciso che la sorveglianza della persona assicurata da parte di un detective privato nella sfera privata liberamente visibile a ognuno (ad esempio, il balcone) è permessa, a condizione che sia oggettivamente necessaria, come pure ragionevole dal profilo temporale e materiale. È consentita un'osservazione che riguarda lo svolgimento di attività quotidiane senza particolare legame con la sfera privata (ad esempio, la pulizia del balcone oppure il trasporto di sacchetti della spesa). Secondo il considerando 6 della sentenza succitata, le videoregistrazioni che mostrano la persona assicurata impegnata in attività quotidiane su un balcone liberamente visibile, non violano l'art. 179quater CP. La giurisprudenza appena citata, sviluppata in ambito di assicurazione per l'invalidità, si applica per analogia anche in quello dell'assicurazione contro gli infortuni (cfr. STF 8C_830/2011 del 9 marzo 2012 consid. 6.2). Le risultanze di un'accurata sorveglianza possono di principio costituire una base sufficiente per decidere in merito allo stato di salute e alla capacità lavorativa della persona assicurata (cfr. DTF 137 I 327 consid. 7.1 e STF 8C_830/2011 succitata consid. 7.1). Su questo tema e più in generale su quello degli abusi nel settore delle assicurazioni sociali, si veda pure D. Cattaneo, "Assicurazioni sociali: alcuni temi d'attualità", in Rivista ticinese di diritto, I-2004, p. 228-243, in particolare p. 232. e "Les expertises en droit des assurances sociales" in CGRSS N° 44-2010 pag. 105 seg. (147-155). 2.8. Con la decisione del 22 settembre 2011 l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurata una rendita intera dal 1° giugno 2009, ma versata dal 1° agosto 2009, ex art. 29 cpv. 1 LAI, sulla base delle perizie del 22 dicembre 2008 e del 20 giugno 2011 del Dr. _____, svolte per conto dell'assicuratore infortuni _____, del rapporto medico del 16 dicembre 2009 del Dr. _____ (doc. AI 39-1) e di quello, datato 6 dicembre 2010, del Dr. _____ del SMR (doc. AI 25-1). Il 22 dicembre 2008 il Dr. _____, spec. FMH in chirurgia e esperto in medicina infortunistica, ha diagnosticato "esiti di infortunio in data 9 giugno 2008 in seguito al quale la paziente subì: • trauma contusivo della colonna lombosacrale con protrusione discale L4/5 e compressione della radice di L4 bilaterale, trattato conservativamente". Il perito ha poi indicato che "permangono algie notevoli e sensazioni di debolezza ad entrambe gli arti inferiori" e certificato un'inabilità lavorativa completa dal 12 giugno 2008 (doc. LAINF 7-4). Il medico del SMR, Dr. _____, in data 6 dicembre 2010 ha posto la medesima diagnosi del perito della _____ e indicato un'inabilità lavorativa per ogni attività dal 12 giugno 2008 come conseguenza dell'evento infortunistico e in assenza di patologie extrainfortunistiche. Vi è inoltre una limitazione funzionale a livello dorsale e agli arti inferiori per sindrome algica invalidante (doc. AI 25-1). Da parte sua, il Dr. _____, spec. FMH in fisiatria e riabilitazione e primario della Clinica _____ di _____, nel rapporto del 16 dicembre 2009 ha posto la diagnosi di "Lombocruralgia cronica in: • pregresso trauma contusivo della colonna lombosacrale del 9 giugno 2008; • protrusione L4-L5 anulare con rottura dell'anello fibroso e contatto a compressione delle radici L4 bilaterali, non alterazioni degenerative nel tratto lombosacrale (MR 13.10.2008); • esiti di diverse infiltrazioni mirate, senza beneficio durevole (OSG)" (doc. LAINF 39-1). Il Dr. _____ ha constatato "un'articolarietà diminuita di 1/3 in tutte le direzioni a livello toracico, mentre a livello L/S ridotta di 1/3 nella flessione/estensione (DDS 40 cm) e nelle rotazioni e di 2/3 nelle lateroflessioni con maggior dolore riferito verso ds" (doc. LAINF 39-2). In data 20 giugno 2011 il Dr. _____ ha ripreso la diagnosi indicata nel precedente rapporto e rilevato che "permangono sindrome algica alla stazione eretta, impossibilità alla deambulazione oltre i 200 metri con pseudo blocchi articolari associati a dolori continui; la paziente necessita inoltre di cambiare la posizione seduta. Non vi è una

chiara sintomatologia neurologica e la sintomatologia potrebbe evocare una eventuale instabilità segmentaria L4-L5". Il perito ha quindi certificato un'inabilità lavorativa completa (doc. AI 51-4). Nell'ambito della procedura di revisione avviata nel mese di maggio del 2012 (doc. AI 41-1), l'Ufficio AI ha acquisito agli atti, in particolare le perizie del Dr. _____ del 31 dicembre 2012 (doc. LAINF 57-1) e del 22 luglio 2013 (doc. LAINF 65-1). Nella valutazione del 31 dicembre 2012 (visita del 29 ottobre 2012) il perito della _____ ha posto la diagnosi di " esiti di infortunio in data 9 giugno 2008 in seguito al quale la paziente subì: • trauma contusivo della colonna lombosacrale, trattato conservativamente " e quale diagnosi collaterali il sanitario ha indicato: " sindrome lombo-vertebrale cronica con irradiazione spondilogenica prevalentemente verso sinistra; discopatia L4-L5 non compressiva; status dopo blocco iperalgico lombare del 22.2.2012 con irradiazione spondilogenica all'arto inferiore sinistro, ricovero all'Ospedale _____ di _____ dal 1.3 all'8.3.2012 pr terapia antalgica " (doc. LAINF 57-5). Il Dr. _____ ha rilevato una " sintomatologia enorme e sempre più o meno presente di base, alternate ad accentuazioni, recrudescenze e blocchi iperalgici enormi che non trovano un correlato con le indagini strumentali e radio-strumentali ". Egli ha quindi consigliato un approfondimento di tipo neurologico (doc. LAINF 57-5, la sottolineatura è del redattore). L'esame neurologico è stato quindi effettuato dal Dr. _____, spec. FMH in neurologia, in data 23 gennaio 2013 (rapporto del 24 gennaio 2013) il quale ha riscontrato uno stato neurologico del tutto nella norma senza segni clinici di una radicolopatia lombare o di una neuropatia periferica. Lo specialista ha quindi concluso non trovando " un'apparente causa neurologica dei dolori e disturbi accusati dalla paziente " (doc. LAINF 61-2). Il Dr. _____ ha visitato nuovamente la paziente in data 25 giugno 2013 e nel rapporto del 22 luglio 2013 ha concluso indicando quanto segue: " (...) l'infortunio occorso all'assicurata il 9 giugno 2008 non ha causato in maniera chiara e dimostrabile, tramite tutti gli esami strumentali eseguiti, delle lesioni post-traumatiche pratiche effettive. La sintomatologia lamentata dalla paziente non trova un riscontro obiettivamente nei riscontri strumentali eseguiti e neppure dalle molteplici terapie finora eseguite . In sostanza vi sono dolori in sede lombare, prevalenti in sede paralombare sinistra che, talvolta, si irradiano agli arti inferiori a fronte di un riscontro neurologico perfettamente normale (vedi referto Dott. _____ relativo la visita eseguita il 23.1.2013) e a fronte di esami radio strumentali (in particolare risonanze magnetiche) che non hanno mai documentato effettive compressioni radicolari od un peggioramento della discopatia L4-L5, così come nessuna alterazione pratica effettiva a livello delle faccette interapofisarie posteriori lombari. Alla luce di quanto sopra riassunto, non trovando una motivazione chiara ed evidente di natura post-traumatica che possa giustificare la sintomatologia lamentata dalla paziente, un nesso di causalità naturale fra l'infortunio del 9 giugno 2008 e la situazione attuale non può essere più ulteriormente riconosciuto e per il futuro deve essere negato. Il caso, ai sensi LAINF, deve essere ritenuto chiuso a tutti gli effetti." (doc. LAINF 65-5, la sottolineatura è del redattore). 2.9. Dalla decisione impugnata emerge che l'Ufficio AI e l'assicuratore infortuni _____ sono venuti a conoscenza che RI 1 ha partecipato in numerose occasioni alla trasmissione televisiva " _____ " della _____ (puntate andate in onda nel mese di febbraio e marzo 2013) rimarcando " delle incongruenze tra il comportamento osservato e la gravità delle affezioni " (doc. AI 85-1). L'UAI e la _____ hanno quindi ordinato il pedinamento di RI 1 da parte di un'agenzia privata d'investigazioni. I pedinamenti hanno avuto luogo nei giorni del 28 maggio, 2 giugno, 25 giugno e 30 giugno 2013. All'inserto figurano il resoconto scritto di questi pedinamenti e

sei dvd (doc. AI 82-1). La documentazione appena citata mostra l'assicurata (l'identità della persona oggetto di pedinamento non è in discussione), uscire di casa, mettersi al volante, guidare il veicolo, rimanere in stazione eretta prolungata per oltre 1 ora e $\frac{3}{4}$, mantenere la posizione seduta per oltre 40-60 minuti, camminare con postura eretta e passo disinvolto per diverse centinaia di metri indossando calzature con tacco basso anche su terreno acciottolato. L'insorgente è stata vista affrontare senza esitazione tratti di salita e discesa di 20-50-100 metri e camminare con passo dinamico e celere (cfr. rapporto mandato di sorveglianza, doc. AI 82-1, pag. 28). Dal rapporto di sorveglianza e dal filmato emerge poi che l'assicurata, tranne quando si è recata presso il Dr. _____ a _____, non è mai stata vista esibire smorfie di sofferenza e dolore. Ella è stata vista flettere il busto in avanti, all'indietro e lateralmente, compiere rotazioni con il busto in ambo i sensi, sottoporre il tronco ad una "disinvolta torsione oraria" (cfr. rapporto mandato di sorveglianza, doc. AI 82-1, pag. 29). RI 1 è stata quindi osservata rimanere in piedi per oltre 1 ora e $\frac{3}{4}$ alla bancarella di un mercato assumendo una posizione con evidente arretramento della schiena e avanzamento del bacino rispetto al piano frontale (cfr. rapporto mandato di sorveglianza, doc. AI 82-1, pag. 29). L'insorgente – sempre secondo il rapporto di sorveglianza – non ha mai manifestato particolari impedimenti nel salire e scendere dall'automobile (con sedili bassi), tranne quando si è recata presso il Dr. _____ (cfr. rapporto mandato di sorveglianza, doc. AI 82-1, pag. 30). Per quanto riguarda le normali attività quotidiane, il rapporto ha evidenziato infine quanto segue: "(...) RI 1 ha rivelato di non essere impedita nello svolgimento di attività quotidiane quali guidare un autoveicolo, camminare senza sosta su distanze diverse centinaia di metri per visitare i negozi di Locarno o passeggiare per le vie di _____, salire e scendere le scale di un grande magazzino, prendersi un aperitivo al bar, cenare in un affollato e chiassoso ristorante, pranzare al bar in compagnia e recarsi dal parrucchiere" (doc. AI 82-1, pag. 310). L'Ufficio AI ha quindi verbalizzato due colloqui con l'assicurata (il primo sulla situazione economica, personale, familiare, mentre il secondo medico), avvenuti il 21 agosto 2013 (doc. AI 63-1). Interrogata in merito alla partecipazione alla trasmissione televisiva "_____", nonché alle presunte divergenze tra quanto dichiarato in sede di colloquio e lo svolgimento delle attività quotidiane emerse durante la sorveglianza, l'assicurata ha asserito di poter svolgere tali attività grazie all'assunzione di morfina (doc. AI 66-1, 67-1). L'amministrazione, dopo aver richiesto alla _____ copia dei filmati relativi alle puntate della trasmissione televisiva "_____" andate in onda dal 15 febbraio all'11 marzo 2013 (doc. AI 69-1, 74-1) ha predisposto una nuova valutazione medica ad opera del Servizio Medico Regionale (SMR). Nel rapporto del 18 settembre 2013 il medico del SMR Dr. _____, spec. FMH in medicina interna, ha posto la diagnosi di "Lombalgia cronica in protrusione L4-L5 anulare con rottura dell'anello fibroso, contatto e compressione delle radici L4 bilaterali (RMN 13.10.2008). Stato dopo blocco iperlegico lombare (22.2.2012) con irradiazione spondilogeno arto inferiore sinistro. Stato dopo denervazione L2-S1 sinistra (2009)" (doc. AI 75-8). In merito all'assunzione di morfina che permetterebbe all'assicurata di raggiungere una buona mobilità osteoarticolare, il Dr. _____ ha osservato che le conclusioni cliniche sull'inabilità lavorativa "prendono in considerazione l'assunzione della morfina come descritto dall'A.ta in termini di dosaggio e numero di assunzioni" (doc. AI 75-8). Secondo il medico l'utilizzo complessivo di morfina non è sovra dosato e risulta compatibile con la mobilità osteoarticolare documentata e oggettivata (doc. AI 75-8). L'assicurata è quindi ritenuta inabile al 20% nell'attività di gerente nel settore della ristorazione. Questa percentuale è giustificata dal limite nella

posizione in piedi prolungata e dalla facile stancabilità. Essa è da ricondurre alla patologia degenerativa del rachide dimostrata radiologicamente (patologia extra infortunistica) (doc. AI 75-9). Per contro, in attività adeguate l'insorgente è pienamente abile al lavoro almeno dal mese di ottobre 2012 (visita Dr. _____) (doc. AI 75-8+9). Secondo il Dr. _____ rispetto alla valutazione medica del Dr. _____ del 16 dicembre 2009, " lo stato oggettivamente confrontato permette di definire la situazione clinica come migliorata (vedi esame clinico confrontato con documentazione video) " (doc. AI 75-9). Il Dr. _____ ha quindi precisato che la sua valutazione e le conclusioni del rapporto medico sono scaturite dopo un'attenta e dettagliata valutazione della documentazione video agli atti. Il medico si è quindi confrontato con il filmato di sorveglianza giungendo alle seguenti conclusioni: " (...) Dalla valutazione di sorveglianza e dalla visione della mobilità osteoarticolare dimostrata dalla paziente, non risulta possibile clinicamente mettere in relazione la sintomatologia riferita durante la visita clinica SMR con lo status somatico ampiamente dimostrato nei filmati. La tabella seguente descrive nel dettaglio le incoerenze cliniche tra quanto oggettivamente valutato durante la valutazione clinica odierna e quanto visibile dal punto di vista della mobilità, nei filmati a disposizione. Data/ora Si vede nel filmato di sorveglianza Esame clinico SMR del 21.8.13 28.5.13/11.56- 12.22 Camminata continua, passo non limitato, velocità costante assenza di zoppie o instabilità Instabilità all'inizio della deambulazione. Incostante zoppia di risparmio alternata. 28.5.13/ 12.23 Accovacciamento per seduta in automobile Accovacciamento impossibile non valutabile per dolore lombare 30.5.13/13.33-14.41 posizione statica in piedi con brevi spostamenti L'A.ta si appoggia più volte al lettino durante la valutazione clinica per riferito dolore lombare 30.5.13/14.52 Accovacciamento per salita in auto Accovacciamento impossibile per dolore lombare 30.5.13/18.54- 19.36 Posizione seduta statica 25.6.13/9.32 Difficoltà e lentezza nel scendere dall'auto Orario vista peritale presso Dr. Simoni 25.6.13/10.23 Deambulazione instabile Orario vista peritale presso Dr. _____ 25.6.13/11.01 Si siede in auto senza alcuna difficoltà 25.6.13/11.45 Scende dall'auto nessuna difficoltà 25.6.13/11.46 deambulazione senza alcuna limitazione 25.6.13/12.41 Seduta con gambe incrociate esegue flessione estensione rachide da seduta Mobilità delle anche limitata -1/3-1/3 dx e -1/5 sx con dolore coxo femorale irradiato in regione lombare 25.6.13/16.32-16.43 Seduta con gambe incrociate 25.6.13 16.43 Rotazione destra da posizione seduta con iperestensione forzata arto sup destro Cingolo scapolare destro e sinistro limitato per resistenza attiva e riferito dolore irradiato al rachide 25.6.13/17.58 Deambulazione su terreno sconnesso senza difficoltà Riferita difficoltà nella camminata su terreno accidentato. 26.6.13/18.27 Accovacciamento per salire in auto con arti superiori impegnati Riferisce la necessità di sostegno in alcuni cambi di postura Filmati _____ " _____ " 19.2.13 Accovacciamento con flessione ed estensione arti inferiori senza alcun appoggio Accovacciamento impossibile, non valutabile per dolore lombare 20+22.2.2013 Posizione seduta arti inferiori incrociati senza sostegno dorso-lombare Mobilità delle anche limitata -1/3-1/3 dx e -1/5 sx con dolore coxo femorale irradiato in regione lombare 22.02.2013 Ampia mobilità arti inferiori e rachide con flessione / estensione ripetitiva in velocità rachide dorsale -1/5 e lombare - 1/3 con resistenza attiva Visto quanto sopra descritto, considerate le posture inergonomiche, prolungate e ripetitive documentate (filmati e descrizione di sorveglianza), risulta possibile definire un'estensione dei sintomi con tratti di simulazione somatica, un'alterata percezione del dolore in tutte le sue componenti ed un'evidenza di tendenza all'aggravamento di segni e sintomi. Quanto soggettivamente riferito dall'A.ta durante la valutazione clinica non risulta corrispondere

alla mobilità apprezzata al di fuori della valutazione clinica SMR ed al di fuori delle valutazioni mediche descritte nell'incarto. Si allega modulo per la misurazione dell'escursione articolare. Si allega modulo per esame della funzionalità fisica. Le conclusioni cliniche del rapporto medico SMR vengono definite sulla base della piena conoscenza dell'incarto e degli accertamenti approfonditi a disposizione.” (doc. AI 75-9+10). 2.10. In concreto, attentamente esaminati gli atti di causa e tutto ben considerato, questa Corte ritiene che la valutazione del Dr. _____ del SMR, possa validamente costituire da supporto probatorio al presente giudizio, senza che si riveli necessario esperire ulteriori accertamenti. Il medico del SMR ha preso posizione dopo aver esperito un esame clinico e visionato la documentazione video agli atti. Egli ha quindi posto la diagnosi esposta al considerando 2.9. e ritenuto l'assicurata abile nella misura dell'80% nella sua precedente attività, ma pienamente abile in mansioni adeguate, almeno dal mese di ottobre 2012 (data della visita peritale LAINF presso il Dr. _____) (doc. LAINF 57-1, doc. AI 75-8+9). Il Dr. _____ ha preso in considerazione nella propria valutazione la circostanza che l'assicurata assume morfina in quantità non sovra dosata e compatibile con la mobilità osteoarticolare documentata e oggettivata (doc. AI 75-8). Come rettamente sottolineato dall'amministrazione il miglioramento dello stato di salute emerge da un confronto tra i limiti funzionali contenuti nelle valutazioni mediche del Dr. _____ del 16 dicembre 2009 (doc. LAINF 39-1) e del Dr. _____ del 20 giugno 2011 (doc. AI 51-4), con quanto invece emerso dalla visita medica SMR e dalla documentazione video agli atti. Il Dr. _____ aveva infatti constatato “ un'articolarià diminuita di 1/3 in tutte le direzioni a livello toracico, mentre a livello L/S ridotta di 1/3 nella flessione/estensione (DDS 40 cm) e nelle rotazioni e di 2/3 nelle lateroflessioni con maggior dolore riferito verso ds ” (cfr. rapporto del 16 dicembre 2009, doc. LAINF 39-2), mentre il Dr. _____ aveva rilevato che “ permangono sindrome algica alla stazione eretta, impossibilità alla deambulazione oltre i 200 metri con pseudo blocchi articolari associati a dolori continui; la paziente necessita inoltre di cambiare la posizione seduta ” (cfr. rapporto 20 giugno 2011, doc. AI 51-1). Il Dr. _____ ha chiaramente concluso che in considerazione delle posture inergonomiche, prolungate e ripetitive documentate nei filmati, è possibile definire un'estensione dei sintomi con tratti di simulazione somatica, un'alterata percezione del dolore in tutte le sue componenti ed un'evidenza di tendenza all'aggravamento di segni e sintomi (doc. AI 75-10). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste considerazioni, precise e ben motivate, del Dr. _____, tanto più che non sono state sconfessate tramite la presentazione di refertazione specialistica di senso contrario. Non permettono una diversa valutazione della fattispecie neppure le certificazioni mediche del Dr. _____ e del Dr. _____ (doc. VIII). Nel rapporto del 22 gennaio 2014 il Dr. _____, spec. FMH in medicina interna e reumatologia, non ha posto una diagnosi divergente da quella degli specialisti precedentemente indicati (Dr. _____ e Dr. _____) e non ha dato alcuna indicazione su limiti funzionali o capacità lavorativa residua. Lo stesso medico ha precisato che “ la consultazione viene richiesta in particolare per motivi tecnico-assicurativi ” (doc. C2). Anche il referto del 24 febbraio 2014 del Dr. _____, spec. FMH in ortopedia e traumatologia chirurgia vertebrale e terapia interventistica del dolore SSPIM, ha posto la diagnosi ben conosciuta di “ Lombalgia cronica. Discopatia L4-L5 con ernia discale centrale ”. Il medico curante ha quindi concluso escludendo un intervento chirurgico e consigliando la continuazione del trattamento conservativo (doc. C3). La nuova documentazione medica è stata sottoposta alla valutazione del Dr. _____ del SMR, il quale nell'annotazione dell'11 marzo 2014 ha concluso che non

risultano nuovi elementi clinici, né una modifica dello stato di salute rispetto alla precedente valutazione SMR (doc. XII1). A corroborare le conclusioni del Dr. _____ vi sono le perizie del Dr. _____, in particolare quelle del 31 dicembre 2012 e del 22 luglio 2013, in cui lo specialista ha evidenziato come la sintomatologia lamentata dalla paziente non trovasse un correlato con le indagini strumentali e radio-strumentali (doc. AI 57-5 e 65-6). Ciò che ha poi condotto l'assicuratore infortuni a negare il nesso di causalità naturale fra l'infortunio del 9 giugno 2008 e i disturbi soggettivi (cfr. decisione _____ del 26 agosto 2013, doc. AI 66-2). Per quanto concerne il mandato di osservazione conferito in data 6 maggio 2013 a "_____" Sagl, il TCA sottolinea innanzitutto che, in occasione della sorveglianza dell'assicurata, non è stato violato l'art. 179quater CP. In effetti, la relativa documentazione mostra RI 1 impegnata in attività - principalmente a camminare, guidare l'autovettura e frequentare esercizi pubblici - compiute in luoghi liberamente visibili a ognuno, senza particolare legame con la sua sfera privata (cfr. la giurisprudenza citata al consid. 2.7.). Dalla documentazione fotografica e dal video agli atti emerge che l'assicurata è in grado di svolgere una serie di attività esposte al consid. 2.9. che non giustificano i limiti funzionali che ella ha manifestato durante gli esami e i colloqui con gli assicuratori. In particolare, nei filmati _____ della trasmissione "_____" si vede RI 1 compiere un balletto di una trentina di secondi accovacciandosi con flessione ed estensione degli arti inferiori senza alcun appoggio (cfr. filmato del 19 febbraio 2013). Nelle successive puntate della trasmissione televisiva l'assicurata assume la posizione seduta con gli arti inferiori incrociati senza sostegno dorso-lombare (sgabello), mostrando ampia mobilità degli stessi (cfr. filmati del 20 e 21 febbraio 2013). Nel filmato de "_____" si vede, in particolare, l'assicurata camminare in modo continuo, a velocità costante senza zoppie o instabilità (cfr. 28 maggio 2013, da ore 11.56 a 12.22), scendere le scale (cfr. 28 maggio 2013, ore 12.04), camminare in salita (cfr. 28 maggio 2013, ore 12.21), salire in automobile senza difficoltà (cfr. 28 maggio 2013, ore 12.23), rimanere in piedi a lungo senza appoggio su terreno sconnesso (acciottolato) (cfr. 30 maggio 2013, da ore 12.53 a 14.33). Per contro, nel filmato di sorveglianza de "_____" del 25 giugno 2013, dalle ore 09.30 alle ore 10.23, l'assicurata recandosi presso il Dr. _____ a _____, scende dall'autovettura con difficoltà esibendo smorfie di sofferenza e dolore e deambula lentamente (cfr. filmato "_____" del 25 giugno 2013, 09.30 -10.23). Tuttavia, alcuni minuti dopo aver lasciato lo studio medico del Dr. _____, si osserva l'assicurata deambulare in modo più fluido e salire in automobile con maggiore scioltezza (cfr. filmato "_____" del 25 giugno 2013 ore 11.01). Si vede, in particolare, al minuto 11.45/11.47 l'assicurata camminare speditamente e con disinvoltura (cfr. filmato "_____" del 25 giugno 2013 11.45/11.47) e deambulare su terreno sconnesso (acciottolato) senza difficoltà (cfr. 25 giugno 2013, 17.58). Il Dr. _____ ha chiaramente concluso che quanto riferito da RI 1 durante la visita medica SMR non risulta corrispondere alla mobilità apprezzata al di fuori di questa valutazione medica e di quelle descritte nell'incarto (doc. AI 75-10). Vi un'estensione dei sintomi, da parte dell'insorgente, con tratti di simulazione somatica, un'alterata percezione del dolore in tutte le sue componenti ed un'evidente tendenza all'aggravamento di segni e sintomi (doc. AI 75-10). Le conclusioni del Dr. _____ – dopo aver esaminato la paziente e visionato la documentazione video – sono inequivocabili e non possono che essere condivise da questa Corte. Il miglioramento può dunque legittimamente essere fatto risalire al mese di ottobre 2012, ovvero alla visita eseguita il 29 ottobre 2012 dal Dr. _____ (rapporto peritale del 31 dicembre 2012), il quale aveva concluso che i disturbi dell'assicurata non avevano un

correlato oggettivo (doc. LAINF 57-5). Per quanto riguarda l'assunzione di antidolorifici e morfina, il Dr. _____ ha definito la capacità lavorativa residua prendendo in considerazione il dosaggio e le assunzioni previste dalla terapia dell'assicurata e dall'estratto della cassa malati (cfr. doc. AI 68-1). A mente del medico del SMR l'utilizzo di morfina non risulta sovra dosato ed è compatibile con la mobilità osteoarticolare oggettivata (doc.- AI 75-8). L'amministrazione ha pertanto ritenuto – a giusta ragione – che la continuazione di questa terapia è esigibile ricordato altresì che per un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali l'assicurato ha l'obbligo di intraprendere tutto quanto può da lui essere ragionevolmente preteso per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze delle sue affezioni invalidanti (DTF 127 V 297 consid. 4b/cc; DTF 113 V 28 consid. 4a e riferimenti; cfr. anche DTF 115 V 52 consid. 3d e 114 V 285 consid. 3)." (STFA succitata, consid. 4.7). Alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze del medico del SMR, Dr. _____, le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'interessata e 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; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimi-gianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che l'assicurata è abile all'80% nell'abituale attività di gerente, mentre in attività adeguate l'abilità al lavoro è piena (100%). 2.11. In simili condizioni, constatato che l'assicurata presenta una capacità lavorativa residua del 100% in attività adeguate, ricordato inoltre che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a), occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2012. 2.12. Per quel che concerne il reddito da valido, l'amministrazione ha preso in considerazione il salario lordo che l'assicurata avrebbe verosimilmente realizzato continuando a svolgere l'attività di cameriera e vice-gerente presso la _____ di _____. Il salario è stato quantificato in fr. 66'031 nel 2012 (doc. AI 77-4, 79-3). Questo importo non è stato contestato dalla ricorrente (cfr. doc. I) e può essere ammesso dal TCA. 2.13. Per quanto riguarda il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso 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 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 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). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". In un'altra sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007). La questione è stata definitivamente risolta dalla nostra Massima Istanza, la quale nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009, pubblicata in DTF 135 V 297, ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009 (nдр: cfr. DTF 135 V 297), il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." In applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2010 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2010 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore

privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'225.-- Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 9-2011, p. 94), esso ammonta a fr. 4'394.-- mensili oppure a fr. 52'728.-- per l'intero anno (fr. 4'394.-- x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2011 , un reddito mensile di fr. 4'437.94 oppure di fr. 53'255.30 per l'intero anno (fr. 4'437.94 x 12) e per il 2012 di fr. 53'681.30. Ritenuto che, come visto in precedenza, da un punto di vista medico, l'assicurata può esercitare un'attività adeguata al 100%, il reddito statistico citato non va ridotto. 2.14. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%). In un'altra pronuncia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% . In una sentenza 35.2004.104 del 25 aprile 2005, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronuncia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, "en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé" (la sottolineatura è del redattore). In un'altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l'Alta Corte non ha ritenuto che l'età costituisse un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un'età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire

l'uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale – chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) – e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l'esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l'assicurato anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva, può comunque giustificare l'applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall'amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l'applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) Questa indicazione, posta sulla base dello studio della giurisprudenza federale, di accordare ad ognuno dei fattori di rilievo una decurtazione del 5%, è stata poi ribadita da questo Tribunale nella STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, nella quale il TCA - distanziandosi dalla prassi adottata autonomamente dall'Ufficio AI del Canton Ticino sulla base di una direttiva interna che prevede, tra l'altro, delle deduzioni percentuali varianti dall'1% al 10% in funzione delle limitazioni nel portare i pesi - ha evidenziato che l'applicazione della riduzione percentuale deve avvenire utilizzando esclusivamente dei multipli di 5. Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, il Tribunale federale ha interamente confermato quanto stabilito da questo Tribunale, sviluppando le seguenti considerazioni: " (...) 5.5. La decisione del Tribunale cantonale di distanziarsi dalla deduzione operata dall'UAI a titolo di circostanze particolari non viola il diritto federale né configura altrimenti un abuso o un eccesso nell'esercizio del potere di apprezzamento poiché poggia su un valido motivo. Come fanno giustamente notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare - a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione - il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). In tali condizioni, rappresentando questo argomento già valido motivo per scostarsi dalla

valutazione dell'amministrazione, non occorre verificare oltre l'altro motivo posto a fondamento della pronuncia impugnata e contestato in sede federale, ovvero quello dell' (in) applicabilità di una direttiva amministrativa interna che regoli autonomamente per il proprio Cantone le riduzioni sul reddito statistico da invalido. 5.6. L'UAI si richiama del resto a torto alle sentenze 9C_390/2011 del 2 marzo 2012 e 9C_299/2011 del 21 novembre 2011 per invocare l'esistenza di prassi parallele in altri cantoni. In realtà dalle citate sentenze non emerge nulla di tutto ciò. La "feuille de calcul" menzionata in dette sentenze null'altro è se non il calcolo interno dell'invalidità che precede l'emanazione della decisione amministrativa. Per il resto, è sufficiente il rilievo che anche in quelle vertenze, laddove applicata, la riduzione effettuata dall'ufficio AI interessato corrispondeva a un multiplo di 5." 2.15. In concreto, nella decisione impugnata, l'amministrazione ha applicato una riduzione complessiva del 4% per attività leggere (cfr. doc. AI 81-4). In una sentenza pubblicata in DTF 137 V 71, il Tribunale federale ha esaminato la questione del potere d'esame del Tribunale federale e dei tribunali cantonali delle assicurazioni qualora si tratti di verificare, in materia di assicurazione per l'invalidità, l'estensione della riduzione operata sul reddito da invalido accertato sulla base dei dati statistici conformemente alla DTF 126 V 75. L'Alta Corte al consid. 5.2 si è così espressa: " Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81).» Nel caso di specie, alla luce di quanto stabilito dal Tribunale federale nella sentenza del 26 agosto 2013 (cfr. consid. 2.14.), il TCA non può condividere la scelta dell'Ufficio AI di applicare una riduzione del 4%, ma ritiene corretta una riduzione del 5%. Procedendo quindi al raffronto dei redditi, con riferimento al 2012, partendo da un salario da invalido di fr. 53'681.30, ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 100% e ammettendo la riduzione del 5%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 50'997.23. Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 66'031 (consid. 2.12.), risulta un grado di invalidità del 22,7% arrotondato al 23% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà diritto a una rendita d'invalidità, come stabilito dall'amministrazione nella decisione impugnata. L'UAI ha pertanto agito correttamente, procedendo alla soppressione delle prestazioni, in applicazione dell'art. 88a OAI – che prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare – a partire dal 30 settembre 2013. Nella misura in cui l'UAI ha rifiutato il riconoscimento di una rendita di invalidità con effetto al 30 settembre 2013, la decisione del 20 novembre

2013 deve quindi essere confermata. 2.16. Rimane da esaminare la domanda di restituzione per prestazioni indebitamente percepite dal 1° ottobre 2012 al 30 settembre 2013 per un importo di fr. 16'920.-- (doc. AI 86-1). 2.16.1. Secondo l'art. 25 LPGA, le prestazioni indebitamente riscosse devono essere restituite. La restituzione non deve essere chiesta se l'interessato era in buona fede e verrebbe a trovarsi in gravi difficoltà (cpv. 1; cfr. art. 4 OPGA). Il capoverso 2 prevede che il diritto di esigere la restituzione si estingue dopo un anno a decorrere dal momento in cui l'istituto d'assicurazione ha avuto conoscenza del fatto, ma al più tardi cinque anni dopo il versamento della prestazione. Se il credito deriva da un atto punibile per il quale il diritto penale prevede un termine di prescrizione più lungo, quest'ultimo è determinante. I principi applicabili alla restituzione secondo la LPGA sono dedotti dalla legislazione e dalla giurisprudenza anteriore che conserva pertanto la sua validità (DTF 130 V 318). L'Alta Corte nella sentenza 9C_744/2012 del 15 gennaio 2013 ha ricordato che l'obbligo di restituzione è di regola subordinato all'adempimento dei presupposti per la riconsiderazione (erroneità manifesta della decisione e importanza notevole della rettifica; art. 53 cpv. 2 LPGA) o per la revisione processuale della decisione all'origine delle prestazioni in causa (DTF 130 V 318 consid. 5.2 pag. 319 con riferimenti). La rettifica di una decisione precedente per via di riconsiderazione comporta pertanto di principio l'obbligo di restituzione della prestazione assicurativa percepita a torto. Di regola, l'adattamento delle prestazioni assicurative sociali avviene con effetto retroattivo (ex tunc). L'assicurazione per l'invalidità conosce una differente regolamentazione allorché la modifica della prestazione è dovuta a questioni specifiche al diritto dell'assicurazione per l'invalidità, quali sono segnatamente quelle disciplinanti la valutazione del grado d'invalidità (STF 9C_678/2011 del 4 gennaio 2012 consid. 5.1.1 con riferimenti pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 35 pag. 136 e DTF 119 V 431 consid. 2 pag. 432;). In tal caso, la modifica della prestazione assicurativa interviene con effetto ex nunc et pro futuro (art. 85 cpv. 2 OAI), salvo in caso di violazione dell'obbligo di informare da parte dell'assicurato (art. 77, art. 85 cpv. 2 e 88bis cpv. 2 lett. b OAI; cfr. STF 9C_363/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 2.2, pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 33 pag. 131). Per contro se l'errore che dà luogo alla riconsiderazione concerne degli elementi che non sono specifici al diritto dell'AI, ma che si ritrovano per analogia anche nell'ambito della assicurazione vecchiaia e superstiti, allora la modifica ha anche qui effetto retroattivo (ex tunc), con la conseguenza che l'obbligo di restituzione deve rispettare i limiti previsti dall'art. 25 cpv. 2 LPGA (succitata STF 9C_678/2011 del 4 gennaio 2012 consid. 5.1.1). La restituzione non è invece subordinata né a un motivo né a una decisione di riconsiderazione se le prestazioni – indebitamente percepite – sono state versate in contrasto con quanto stabilito da una decisione formale. In tal caso la restituzione segue unicamente le condizioni dell'art. 25 LPGA (STF 9C_744/2012 del 15 gennaio 2013 consid. 4.2 e 9C_233/2007 del 28 giugno 2007 consid. 2.3.2). Per contro, il vincolo alle condizioni della riconsiderazione o della revisione processuale torna attuale se, trascorso un lasso di tempo corrispondente al termine per ricorrere contro una decisione formale, l'amministrazione domanda la ripetizione di prestazioni concesse mediante una decisione informale rimasta incontestata (DTF 129 V 110). La restituzione può essere dovuta anche a seguito di una revisione materiale di una decisione ai sensi dell'art. 17 LPGA in base alla quale il versamento delle prestazioni è risultato in seguito indebito (cfr. Kieser, ATSG-Kommentar, 2009, ad art. 25 n.12 pag. 355). In questo caso, come accennato, se il mancato adattamento delle prestazioni è riconducibile ad una violazione dell'obbligo di informare ai sensi dell'art. 77 OAI, allora l'adattamento ha effetto ex tunc e la restituzione può essere chiesta con effetto retroattivo.

In questo senso, nella STF 9C_409/2013 del 20 settembre 2013, l'Alta Corte, negata l'esistenza dei presupposti per una revisione processuale ex art. 53 cpv. 1 LPGA, ha rinviato gli atti all'amministrazione affinché, verificato il diritto ad una rendita avuto riguardo ai presupposti per una revisione materiale ai sensi dell'art. 17 LPGA e analizzato il momento della riduzione o della soppressione della prestazione alla luce di un eventuale lesione dell'obbligo di informare ai sensi dell'art. 77 OAI, rendesse un nuovo provvedimento: "(...) Im bisherigen Verfahren wurde nicht geprüft, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdegegners seit der letzten rechtskräftigen, auf einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruhenden Verfügung leistungswirksam verbessert hat (materielle Revision; Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. auch Art. 87 ff. IVV; BGE 133 V 108). Eine solche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse kann aufgrund der Akten nicht ausgeschlossen werden, wie die Beschwerde führende IV-Stelle letztinstanzlich eventualiter geltend macht (vgl. E. 3.2 und 3.3 hievor). Die Sache wird daher an die IV-Stelle überwiesen, damit sie die ganze Rente des Beschwerdegegners unter dem Titel der materiellen Revision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG überprüfe, den Zeitpunkt der allfälligen Herabsetzung oder Aufhebung der Rente auch mit Blick auf eine mögliche Meldepflichtverletzung festlege (vgl. Art. 77 und Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV) und danach neu verfüge. (...)” (STF 9C_409/2013 del 20 settembre 2013, consid. 4).

2.16.2. Nella fattispecie, a fondamento della decisione di restituzione delle prestazioni erogate dal 1° ottobre 2012 al 30 settembre 2013, l'Ufficio AI ha posto il comportamento aggravativo dello stato di salute messo in atto dall'assicurata (vedi le risultanze del mandato di sorveglianza) e la violazione dell'obbligo di informare ai sensi dell'art. 77 OAI (doc. AI 85-7). Avendo l'amministrazione con la decisione impugnata soppresso e chiesto la restituzione retroattiva della rendita invocando la violazione dell'art. 31 LPGA e dei combinati articoli 77 e 88bis cpv. 2 lett. b OAI, occorre ora esaminare se effettivamente la ricorrente ha violato l'obbligo di informazione sancito da tali norme. L'importo da restituire e la tempestività dell'ordine di restituzione non sono stati invece contestati dalla ricorrente (cfr. doc. I).

2.16.3. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. L'art. 77 OAI prescrive che l'avente diritto, il suo rappresentante legale, le autorità o i terzi cui è versata la prestazione devono comunicare immediatamente all'ufficio AI ogni cambiamento rilevante per la determinazione del diritto alle prestazioni, in particolare ogni cambiamento dello stato di salute, della capacità al guadagno o al lavoro, dello stato di grande invalidità, del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità, del luogo di residenza determinante per stabilire l'importo dell'assegno per grandi invalidi e del contributo per l'assistenza e delle condizioni personali ed eventualmente economiche dell'assicurato. La norma relativa all'obbligo di informare di cui all'art. 77 OAI è stata sostanzialmente ripresa dall'art. 31 LPGA che regola la “Notificazione nel caso di cambiamento delle condizioni”, senza peraltro che la norma dell'ordinanza venisse abrogata (STFA I 622/05 del 14 agosto 2006, consid. 2). Nelle motivazioni della decisione del 22 settembre 2011 (doc. AI 25-1), quali indicazioni rispettivamente osservazioni importanti, è evidenziato l'obbligo di informare e, in particolare, di comunicare tempestivamente all'Ufficio AI il cambiamento delle entrate o delle condizioni patrimoniali riconducibili ad esempio all'inizio o alla cessazione di un'attività lavorativa, osservato che un'infrazione a

quest'obbligo implica il dovere di restituzione rispettivamente che le prestazioni possono essere ridotte o rifiutate e può essere richiesta la loro restituzione. Nella fattispecie, l'Ufficio AI e l'assicuratore _____ sono venuti a conoscenza della partecipazione dell'assicurata alla trasmissione televisiva " _____ " della _____. L'Ufficio AI, in sede di risposta, ha prodotto lo scritto di posta elettronica del 20 gennaio 2014, in cui le risorse umane della _____ – su richiesta dell'UAI – hanno comunicato all'amministrazione che RI 1 ha lavorato presso l'ente radiotelevisivo nei giorni del 21 maggio 2013, 26 giugno 2013, 5 novembre 2013 e 3 dicembre 2013. La _____ ha quindi precisato: " La signora aveva un contratto da giugno a fine anno per 10 giornate al massimo ma non vengono garantite, ossia se non viene chiamata non viene nemmeno pagata. Per il 2014 non so ancora dirle quante giornate farà, in quanto è gestito direttamente dal settore" (doc. IV+1). Durante il colloquio del 21 agosto 2013 i responsabili dell'UAI hanno posto all'assicurata la seguente domanda: " Dopo l'infortunio del 9 giugno 2008 ha ancora svolto un'attività parziale o accessoria ?" (doc. AI 66-2). RI 1 ha risposto negativamente (doc. AI 66-2). Dalle succitate risultanze appare evidente che l'insorgente ha volontariamente omesso di comunicare all'amministrazione di aver svolto un'attività lavorativa presso la _____ violando così l'obbligo d'informare ai sensi dell'art. 77 OAI. Non notificando, quale beneficiaria del diritto ad una rendita intera, all'amministrazione la ripresa di un'attività lavorativa, l'insorgente ha contravvenuto al suo obbligo d'informazione sancito dall'art. 31 LPGA. Non si può infatti legittimamente ammettere che una persona, anche non cognita in materia di assicurazioni sociali, che percepisce una rendita intera, non avverta che svolgendo un'attività lavorativa è suscettibile di influenzare il diritto ad una tale prestazione. Non va infatti dimenticato che nella decisione di attribuzione della rendita, quale esempio di modifica delle condizioni personali ed economiche obbligatoriamente da notificare, risulta espressamente menzionato il "cambiamento delle entrate o delle condizioni patrimoniali, p. es. inizio o cessazione di un'attività lucrativa" (doc. AI 35-1). Avendo l'assicurata violato l'obbligo d'informazione, rettamente l'amministrazione ha soppresso la rendita con effetto retroattivo e chiesto la restituzione delle prestazioni indebitamente percepite a partire dal 1° ottobre 2012, ovvero da quando è stato accertato il miglioramento dello stato di salute (cfr. consid. 2.10.), al 30 settembre 2013, per un importo di fr. 16'920.--. Anche la decisione del 28 novembre 2013 merita quindi conferma. 2.17. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'assicurata.

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