

## **TI\_GERICHTE 32.2017.86 vom 14. Dezember 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-12-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.86](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.86)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.86 du 14 décembre 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.86 del 14 dicembre 2017

### **Regeste**

Nuova domanda di prestazioni AI. TCA eccezionalmente si scosta dai rapporti dell'assistente sociale che sono errati, poiché il ric ha sempre dichiarato che avrebbe lavorato al 100% se non fosse insorto il danno. Errato applicare il metodo misto di calcolo. Col metodo ordinario D a mezza/intera rendita

### **Erwägungen**

#### **E. 13**

dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg. Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, DTF 133 V 504 e DTF 133 V 477. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni.

Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Chiamata a pronunciarsi in un caso in cui si trattava di valutare l'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, l'Alta Corte, nella DTF 142 V 290, ha stabilito che la giurisprudenza secondo DTF 131 V 51, che concerne il metodo di confronto dei redditi applicabile alle persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, deve essere precisata, nel senso che la limitazione nell'ambito lucrativo - in funzione dell'estensione del tasso ipotetico d'attività lucrativa parziale - deve essere considerata in modo proporzionale (cfr., al riguardo, STCA 32.2015.119 e STCA 32.2015.120, entrambe del 2 agosto 2016). 2.5. Al fine di determinare il metodo di calcolo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che

non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C\_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 61-62 e Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C\_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer, op. cit., pag. 288; Blanc, op. cit., pag. 190-191 ).

2.6. Infine, trattandosi di una nuova domanda di prestazioni AI, va ricordato che giusta l'art. 87 cpv. 3 OAI, qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2, che prevede che se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni. Se tale condizione non è soddisfatta, l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita, l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; DTF 117 V 198 consid. 4b; DTF 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, Universitäts-verlag Freiburg Schweiz, 2003, pagg. 84-86; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, Lausanne 1985, pag. 270). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda, deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso. L'art. 17 cpv. 1 LPGA si applica infatti per analogia anche in caso di nuova domanda facente seguito al rifiuto di una rendita per difetto di invalidità pensionabile (DTF 130 V 71 consid. 3.2; DTF 117 V 198 consid. 3a; STF 9C\_916/2009 consid. 5.2; art. 41 vLAI; Pratique VSI 1999 pag. 8; Rüedi, *Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrenten-revisionen*, in Schaffauer/Schlauri, *Die Revision von Dauerleistungen*, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15). In

particolare, l'assoluta 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 (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. pag. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b, 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 (RCC 1987 pag. 38 consid. 1a, 1985 pag. 336; STFA del 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4). Nella DTF 141 V 9, al considerando 6.1 il Tribunale federale ha precisato che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C\_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; 9C\_718/2016 del 14 febbraio 2017 consid. 6.2; STF 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). 2.7. Nell'evenienza concreta, con la decisione del 30 novembre 2011 (doc. 35) l'Ufficio AI ha considerato che l'interessato dedicava il 54% del tempo all'attività professionale e il 46% alle mansioni consuete. Stante dal 1° aprile 2016 un'inabilità lavorativa del 40% nell'attività abituale di cuoco-esercente e un'inabilità nulla in attività adeguate, il grado di impedimento era nullo e, col metodo misto, il grado AI finale del 2% portava al rifiuto di attribuirgli una rendita. La decisione è cresciuta incontestata in giudicato. Nella successiva decisione del 24 marzo 2015 (doc. 82), che è stata impugnata davanti a questo Tribunale e che il 4 aprile 2016 (STCA 32.2015.79) è stata annullata con rinvio degli atti per nuovi accertamenti medici, l'Ufficio AI ha applicato nuovamente il metodo misto e quindi la suddivisione del tempo 54%/46% e, tenuto conto delle limitazioni individuate nei rispettivi campi, ha calcolato un grado di invalidità totale del 35%. Nel suo ricorso del 7 maggio 2015 l'assicurato ha contestato e l'aspetto medico e l'aspetto economico, ma non la suddivisione del tempo in quanto tale ritenuta dall'amministrazione. Questa contestazione è stata implicitamente sollevata per la prima volta con le osservazioni del 13 gennaio 2017 (doc. 122) al progetto di decisione del 21 dicembre 2016 (doc. 116) di attribuzione di una rendita (un quarto di rendita dal 1° giugno 2014 e tre quarti di rendita dal 1° gennaio 2015). Con il ricorso che qui ci occupa, rivolto contro la decisione dell'11 aprile 2017, la medesima critica è stata formulata in modo esplicito, laddove l'insorgente ha evidenziato che già nel 2010 aveva fatto presente all'amministrazione, proprio rispondendo a dei quesiti, che senza il danno alla salute egli avrebbe continuato a lavorare a tempo pieno. In effetti il ricorrente fa riferimento alle affermazioni rilasciate il 28 settembre 2010 (doc. 14) in risposta a una serie di domande poste una settimana prima (doc. 12) dall'amministrazione, in cui egli ha chiaramente dichiarato che se non fosse intervenuto il danno alla salute avrebbe svolto un' "attività al 100%" e che "l'attività di casalingo è stata una scelta forzata dovuta alla situazione di salute.". In assenza del danno alla salute, il ricorrente avrebbe "continuato l'attività di commerciante" e ciò "nella misura normale",

ossia “ Se non mi fosse successo il danno alla salute avrei ripreso la mia attività. ”. Questa sua volontà è stata affermata chiaramente anche un anno dopo in occasione dell’inchiesta economica per le persone che si occupano dell’economia domestica (doc. 26). Nel rapporto allestito dall’assistente sociale il 19 agosto 2011, alla prima domanda “ se non fosse intervenuto il danno alla salute, l’assicurata eserciterebbe oggi un’attività lucrativa? ” è indicato che “ In assenza del danno l’assicurato dichiara che avrebbe lavorato a tempo pieno, continuando l’attività di rappresentanza. Attribuisce il fallimento della società \_\_\_\_\_, di cui era amministratore unico, all’insorgenza del danno alla salute, risalente, secondo quanto riferisce, al ’94 e non al 2006 come indicato nella documentazione medica. ”. In pari data è stato allestito anche un rapporto d’inchiesta per l’attività professionale indipendente (doc. 27) e a pagina 2 l’assistente sociale ha verbalizzato quanto segue: " L’assicurato dichiara, nel corso del colloquio, che sarebbe stata sua intenzione lavorare come indipendente a tempo pieno, non nell’attività di ristoratore, bensì in quella di rappresentante, attività conclusasi con il fallimento della società avvenuto ’94. A questo riguardo riconduce l’interruzione dell’attività lucrativa al danno alla salute e non ad una scelta personale, contestando la posizione assunta dall’ufficio nonché la data indicata dal curante, dott. \_\_\_\_\_, e conseguentemente dal dott. \_\_\_\_\_ (2006). Spiega come al momento dell’infarto egli fosse amministratore della \_\_\_\_\_, ditta che è in seguito fallita perché si trovava nell’impossibilità di continuare a gestirla (...). Ho chiesto così all’assicurato come mai non abbia cercato in seguito un lavoro, si sia iscritto alla disoccupazione e, non da ultimo, come mai non abbia presentato domanda di prestazioni. Ha spiegato di non essere un “assistenzialista” e di non aver voluto chiedere prestazioni allo stato. Osservazioni: Le dichiarazioni dell’assicurato necessitano perlomeno di verifica, almeno quelle concernenti la data di insorgenza del danno; chiedo pertanto al segretario di procedere con una richiesta in tal senso, al dott. \_\_\_\_\_ e/o all’SMR. Nel caso in cui la data (’94) sia confermata, rimane da definire il metodo di valutazione, visto che dopo il fallimento della società l’assicurato non si è messo alla ricerca attiva di un lavoro, né si è iscritto alla disoccupazione; ho fatto partecipe il signor RI 1 di queste riflessioni, ma egli non è stato in grado di fornire prove concrete a sostegno delle proprie dichiarazioni. Non da ultimo il salario, che, per quanto non dichiarato a livello contributivo, gli è stato comunque attribuito in sede fiscale per l’attività che svolta al grotto e che va pertanto considerato una fonte di lucro.”. 2.8. Per quanto concerne la valenza dei rapporti allestiti dagli assistenti sociali, va al riguardo evidenziato che il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha stabilito che – in linea di massima e senza valide ragioni – non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati, il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste (AHI-Praxis 1997 pag. 291 consid. 4a; ZAK 1986 pag. 235 consid. 2d; RCC 1984 pag. 143, consid. 5; STFA I 102/00 del 22 agosto 2001, consid. 4). Un intervento da parte dell’autorità giudiziaria nell’apprezzamento da parte della persona incaricata dell’inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STFA I 681/02 dell’11 agosto 2003 consid. 2). Nella citata DTF 128 V 93, al considerando 4 il Tribunale federale, a proposito del valore probatorio di un rapporto di inchiesta dell’Ufficio AI, ha rilevato quanto segue: “ (...) Die in Art. 69 Abs. 2 IVV vorgesehene Abklärung an Ort und Stelle ist die geeignete Vorkehr für die Ermittlung des Betreuungsaufwandes. Für den Beweiswert eines entsprechenden Berichtes sind - analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten gemäss BGE 125 V 352 Erw. 3a mit Hinweis - verschiedene Faktoren zu

berücksichtigen. Es ist wesentlich, dass als Berichterstatterin eine qualifizierte Person wirkt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der pflegebedürftigen Person hat. Weiter sind die Angaben der die Pflege Leistenden zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen, konkret in Frage stehenden Massnahmen der Behandlungs- und Grundpflege sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht. Obwohl von zentraler Bedeutung für die Beurteilung des Anspruchs auf Beiträge an die Hauspflege und im Hinblick auf die Beweiswürdigung regelmässig zumindest wünschenswert, besteht an sich keine strikte Verpflichtung, die an Ort und Stelle erfassten Angaben der versicherten Person (oder ihrem gesetzlichen Vertreter) zur Durchsicht und Bestätigung vorzulegen. Nach Art. 73bis Abs. 1 IVV genügt es, wenn ihr im Rahmen des Anhörungsverfahrens das volle Akteneinsichtsrecht gewährt und ihr Gelegenheit gegeben wird, sich zu den Ergebnissen der Abklärung zu äussern (vgl. -generell- BGE 125 V 404 Erw. 3, bie Abklärung der gesundheitlichen Behinderung der im Bereich der Haushaltführung tätigen Personen nach Art. 27 IVV: Urteil S. vom 4. September 2001, I 175/01).(...)" 2.9. Nel caso in esame, questo Tribunale ritiene che siano ravvisabili degli elementi che consentano di mettere in dubbio l'attendibilità della valutazione operata dall'assistente sociale, non risultando essa conforme alle circostanze ed ai riscontri concreti ed in particolare alle indicazioni fornite dall'assicurato medesimo nell'ambito delle due inchieste del 2011. Dalle dichiarazioni presenti agli atti ed esposte in precedenza risulta infatti chiaramente che, d'avviso di questo Tribunale, dalla volontà del ricorrente, peraltro ribadita più volte, si deve ritenere che senza il danno alla salute egli avrebbe continuato a lavorare al 100% come rappresentante/commerciante. Risulta infatti verosimile che l'infarto avuto nel 1994 l'ha portato a cessare l'attività lavorativa di rappresentante/commerciante, con conseguente fallimento della sua società. Tuttavia, il periodo senza attività lavorativa che ne è derivato era dunque una conseguenza delle sue precarie condizioni di salute e non certo il frutto della sua volontà di non più lavorare. Le contingenze hanno poi fatto sì che, senza più un'attività lavorativa remunerata, egli si occupasse della casa mentre la moglie lavorava in qualità di gerente del grotto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e che con il tempo il ricorrente collaborasse e fosse poi cuoco presso il medesimo esercizio, ruolo per il quale non gli è mai stato riconosciuto un salario. Quando è avvenuta la prima inchiesta economica, nel 2011, l'assicurato " non descrive cambiamento alcuno nell'attività di collaboratore della moglie, attività che ammette di svolgere da anni senza percepire un salario (pertanto sia prima che dopo il 2006) " (doc. 27 pag. 4). Egli ha dichiarato un impegno di 4 ore al giorno su un orario normale di lavoro, ciò che corrispondeva a una collaborazione del 50%. Ritenuti però i differenti orari di apertura del grotto e quindi di lavoro nel periodo estivo ed invernale e quelli settimanali, i diversi compiti svolti dal ricorrente come cuoco e nel provvedere alla spesa 2-3 volte alla settimana, nell'inchiesta professionale che ha avuto luogo il 18 agosto 2011 l'esperta in materia ha indicato che " Dalle dichiarazioni dell'assicurato ne scaturisce una percentuale di

collaborazione del 54%, per la rimanente percentuale è da ritenere, almeno alla luce degli elementi di cui si dispone attualmente, casalingo. ” (doc. 27 pag. 5). La stessa percentuale è presente nel rapporto di inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica allestito lo stesso giorno, laddove “ L'assicurato ha dichiarato un impegno al 54% come collaboratore e il rimanente come casalingo. Si tratta di una percentuale approssimativa, visto che l'esercizio rimane aperto in inverno meno giorni alla settimana e dunque anche l'impegno proporzionalmente diminuisce. In assenza di altri elementi, che l'assicurato stesso non è stato in grado di portare nel corso del colloquio, propongo di mantenere siffatta ripartizione. ” (doc. 26 pag. 3). L'assistente sociale ha infatti concluso il suo rapporto con una tabella di suddivisione del tempo in salariato al 54% e casalingo al 46%. Alla luce delle chiare e ripetute dichiarazioni date dall'assicurato sull'impiego del suo tempo se non fosse intervenuto il danno alla salute e delle spiegazioni date dall'ispettrice sulla suddivisione del tempo di lavoro dell'assicurato, sebbene, come visto, un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifichi unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 consid. 2), tuttavia la valutazione dell'inchiesta domiciliare non può essere in specie confermata da questo Tribunale. Occorre in proposito sottolineare che la suddivisione del tempo 54%/46% così come ritenuta dall'assistente sociale si riferisce alla situazione esistente successivamente all'insorgenza del danno alla salute e quindi fa stato di una situazione che si era venuta a creare a seguito della malattia dell'assicurato. In effetti, nei rapporti del Servizio di inchiesta è ben indicato l'iter che ha vissuto l'interessato dall'infarto del 1994 in poi, fatto che l'ha portato dapprima a cessare l'attività di rappresentante e di commerciante e ad essere iscritto alla Cassa di compensazione come persona senza attività lucrativa, poi a dare un colpo di mano alla moglie nella gestione dell'esercizio pubblico e infine a diventarne cuoco con un tempo di lavoro che nel 2011 era stato definito dallo stesso ricorrente al 50% ma che, con il tempo e con il peggioramento delle sue condizioni di salute, a fine 2016 egli ha indicato essere stato del 10%, pari a 190 ore annue, dal gennaio 2013 al gennaio 2015 (doc. 115: rapporto di inchiesta per l'attività professionale indipendente). D'altronde, la stessa amministrazione aveva riconosciuto una inabilità lavorativa del 40% come esercente-cuoco dal 1° aprile 2006 con la resa della prima decisione nel 2011 e, proprio perché da anni egli continuava ad esercitare questa attività al 54% senza che vi fosse stato alcun cambiamento sia prima che dopo il 2006, anno in cui è insorta la malattia di lunga durata, ha riconosciuto che il grado di impedimento professionale era nullo. Questa conclusione dimostra che, senza i disturbi cardiaci, il ricorrente avrebbe in effetti lavorato al 100% anche come cuoco. Pertanto questo stato di cose, ovvero il cambiamento di attività lucrativa e l'esercizio delle mansioni consuete al proprio domicilio, è solo e soltanto la conseguenza della malattia che ha portato il ricorrente a essere inabile nella sua precedente attività lucrativa di rappresentante/commerciante e ad essere senza lavoro finché si è attivato in un altro ramo, seppure senza essere remunerato, e per la restante parte del tempo si è occupato della famiglia e della casa. Come esposto, però, per determinare il metodo di calcolo applicabile si deve verificare se la persona esercitava un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e nell'evenienza concreta a questa domanda si deve rispondere dunque affermativamente. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe esercitato un'attività lavorativa e anche a questa domanda dagli atti risulta che la sua volontà ipotetica andava chiaramente nella direzione di lavorare al 100%. Da quanto precede

discende che il TCA è legittimato a scostarsi, in via eccezionale, dalle valutazioni effettuate dalla collaboratrice dell'Ufficio AI e quindi a concludere che il ricorrente debba essere considerato quale lavoratore a tempo pieno e non come persona che svolge parzialmente un'attività lucrativa e che per la restante parte del tempo si dedica alle mansioni consuete. Di conseguenza, per la determinazione del grado di invalidità occorre adottare il metodo ordinario di confronto dei redditi giusta l'art. 16 LPGGA su rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI in luogo del metodo misto previsto dall'art. 28a cpv. 3 LAI. La suddivisione del tempo 54%/46% ritenuta dall'Ufficio AI va dunque come tale annullata. 2.10. Al riguardo va osservato che alla richiesta del ricorrente di applicare il metodo ordinario piuttosto che il metodo misto di calcolo, l'Ufficio AI ha contrapposto la motivazione che esso si era semplicemente fondato sui parametri usati nell'ambito del suo calcolo pregresso che aveva portato alla decisione del 30 novembre 2011 di rifiutargli una rendita d'invalidità. In sostanza, anche nel 2017 l'amministrazione si è riferita al metodo misto per calcolare la perdita di guadagno dell'assicurato, perché era stato già utilizzato in passato e perché a suo tempo non era stato contestato dal ricorrente. Tuttavia, in merito alla possibilità di riesaminare il metodo di calcolo da adottare per la determinazione del grado di invalidità di un assicurato, va ricordato che esso non resta immutato, ma che ad ogni revisione si deve accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido. Il grado d'invalidità deve dunque essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 141 V 9 consid. 6; DTF 117 V 195). E poiché l'art. 17 cpv. 1 LPGGA si applica per analogia anche in caso di nuova domanda facente seguito al rifiuto di una rendita per difetto di invalidità pensionabile (DTF 130 V 71 consid. 3.2), secondo la scrivente Corte la giurisprudenza esposta sulla revisione va altresì adottata per analogia anche nei confronti delle nuove domande di prestazioni, come è il caso di specie. Di conseguenza, anche in tali evenienze è possibile rivedere l'intero calcolo del grado di invalidità di un assicurato senza incentrarsi e soffermarsi sulla soluzione adottata in precedenza dall'amministrazione; i fatti possono dunque essere rivisti e interpretati diversamente se ritenuti accertati in modo sbagliato e il grado di invalidità deve essere stabilito senza riferimento al calcolo effettuato in precedenza. 2.11. Riconosciuta dal Servizio Medico Regionale nel suo rapporto finale del 7 novembre 2016 (doc. 106) un'inabilità lavorativa totale dal 30 giugno 2013, del 50% dal 30 settembre 2013 e nuovamente del 100% dal 1° gennaio 2015 in qualsiasi attività lucrativa, che il ricorrente non contesta, occorre verificare, dal profilo economico, le conseguenze del danno alla salute. L'insorgente ha preteso una rendita intera dal 30 giugno al 30 settembre 2013 e poi ancora dal 1° gennaio 2015, mentre una mezza rendita dal 30 settembre 2013 al 1° gennaio 2015. In virtù delle considerazioni esposte, il TCA conclude che dal 1° giugno 2014 l'assicurato ha diritto a una mezza rendita di invalidità (grado AI 50%) e dal 1° aprile 2015 a una rendita intera di invalidità (grado AI 100%). Nella DTF 142 V 547, ripresa nella recente STF 9C\_60/2017 del 21 marzo 2017 al considerando 3.3, il Tribunale federale ha evidenziato come all'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI e all'art. 29 cpv. 1 LAI siano previsti due diversi tipi di termini di attesa. Il termine annuale menzionato all'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI concerne il presupposto materiale del diritto alla rendita, mentre il termine di sei mesi previsto nell'art. 29 cpv. 1 LAI ha natura meramente formale di diritto procedurale. Tali termini hanno due funzioni completamente diverse: quello annuale, quale presupposto materiale del diritto e riferito all'incapacità al lavoro, e quello semestrale, di natura formale e riferito al momento in cui può nascere al più presto il diritto alla rendita. Non vi è alcun motivo di applicare l'art. 29 bis OAI, che prevede la possibilità di operare

deduzioni sul periodo d'attesa imposto dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, anche alla determinazione del termine di attesa di 6 mesi di cui all'art. 29 cpv. 1 LAI, peraltro nemmeno menzionato in tale disposto (cfr. sentenza 9C\_56/2016 del 24 ottobre 2016 consid. 3.2.). Detto altrimenti, l'art. 29 bis OAI è applicabile solo al calcolo del periodo d'attesa secondo l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, ma non alla determinazione del periodo d'attesa nel senso dell'art. 29 cpv. 1 LAI. Al medesimo risultato conduce la gerarchia delle norme. Quale *lex superior* (norma di rango superiore) e *lex posterior* (norma più recente) l'art. 29 cpv. 1 LAI prevale sull'art. 29 bis cpv. 1 OAI (sul tema cfr. STF 9C\_56/2016 del 24 ottobre 2016 consid. 3.3). Nel caso in esame, trattandosi di una nuova domanda dopo che in precedenza mai era stato riconosciuto il diritto ad una rendita, l'art. 29bis OAI - che dispone che se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado d'invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado d'invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI – non torna in concreto applicabile. Ne discende che con il peggioramento delle condizioni di salute del ricorrente accertato essere presente dal 30 giugno 2013, e tenuto conto dell'anno di carenza e del rispetto del periodo d'attesa dell'art. 29 cpv. 1 LAI, secondo cui il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni, la nuova domanda AI del 10 luglio 2013 esplica gli effetti al più presto il 1° gennaio 2014. Tuttavia, in funzione del termine di attesa di un anno, di natura differente, il diritto del ricorrente a una mezza rendita di invalidità nasce così il 1° giugno 2014, stante un'accertata e incontestata inabilità lavorativa del 50% dal 30 settembre 2013. In virtù dell'art. 88a cpv. 2 OAI, questo diritto alla mezza rendita di invalidità si protrae fino a tre mesi dopo che c'è stato il peggioramento della capacità di guadagno dell'assicurato e quindi fino al 30 marzo 2015. La totale incapacità lavorativa in essere dal 1° gennaio 2015 può quindi dare luogo a una rendita intera (solo) dal 1° aprile 2015. Da quanto precede discende che il ricorso deve essere accolto ai sensi delle considerazioni esposte e la decisione impugnata annullata. 2.12. L'insorgente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (doc. II). Visto l'esito favorevole del ricorso l'assicurato, patrocinato dall'avv. RA 1, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di ripetibili (art. 61 lett. g LPGa). In virtù della costante giurisprudenza federale, l'assegnazione di ripetibili rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 309 consid. 6, STF 8C\_32/2012 del 14 maggio 2012; STF 9C\_335/2011 del 14 marzo 2012; STF I 748/06 del 2 novembre 2007; STFA U 164/02 del 9 aprile 2003; STCA 32.2015.79 del 4 aprile 2016; STCA 33.2012.8 del 17 dicembre 2012; STCA 33.2010.13 del 10 gennaio 2011; STCA 32.2008.179 del 5 giugno 2009; STCA 32.2008.115 del 26 marzo 2009 ). 2.13. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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.- vanno poste a carico dell'Ufficio AI.