

TI_GERICHTE 32.2012.105 vom 7. März 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-03-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.105

FR: TI_GERICHTE 32.2012.105 du 7 mars 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.105 del 7 marzo 2012

Regeste

Corretta la decisione con la quale l'UAI ha rifiutato all'assicurato - ancora abile al 70% nella sua precedente professione, come correttamente stabilito dalla perizia SAM - il diritto ad una rendita di invalidità, in difetto di un grado di invalidità pensionabile

Erwägungen

E. 22

dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2.2. Il TCA è chiamato a stabilire se a ragione oppure no l'Ufficio AI ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2007, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Questa graduazione è stata ripresa all'art. 28 cpv. 2 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei

all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 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. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella

causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 2.4. Nel caso di specie, l’Ufficio AI, al fine di valutare lo stato di salute dell’interessato, ha affidato il compito di esperire una perizia pluridisciplinare ai medici del SAM, i quali hanno valutato la patologia reumatologica (dr. _____) e psichiatrica (dr. _____). L’aspetto reumatologico è stato valutato dal dr. _____, specialista FMH in reumatologia, il quale, nel suo referto del 6 maggio 2011, ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “1. periartropatia dell’anca sinistra su iniziale coxartrosi bilaterale a sinistra più che a destra; 2. gonartrosi bilaterale interessante il compartimento mediale prevalentemente al ginocchio di destra con artrosi femoropatellare a destra. Stato dopo vari interventi chirurgici per lesioni meniscali” (doc. 68-24). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha ritenuto l’assicurato inabile al lavoro nella misura del 30% nella sua attività di edicolante, a partire dall’11 ottobre 2010, data del rapporto medico del dr. _____, sottolineando tuttavia che “il dr. _____ giustifica un’incapacità lavorativa del 50% in attività lavorativa da svolgere prevalentemente in posizione eretta come quella di edicolante. Bisogna comunque segnalare che l’assicurato è proprietario dell’edicola in cui lavora e ha la possibilità di recarsi al piano superiore per poter riposare, nei momenti in cui sono presenti gli altri dipendenti. Egli è aiutato dalla figlia e da un altro impiegato e può sbrigare in posizione seduta tutte le attività di tipo amministrativo, si reca tutti i giorni a prendere la posta camminando. Questi fattori riducono l’incapacità lavorativa ad un 30%” (doc. 68-26). Il dr. _____ ha invece considerato che, in un lavoro adatto allo stato di salute, rispettoso delle sue limitazioni funzionali, l’assicurato presenta una piena capacità lavorativa, sempre a partire dall’11 ottobre 2010 (doc. 68-26). L’aspetto psichico è, invece, stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nel suo referto del 7 aprile 2011, ha posto la diagnosi di “sindrome da disadattamento con tratti depressivi (ICD10-F43.21) di lieve entità, senza concomitanti patologie psichiatriche maggiori o disturbi della personalità” (doc. 68-31). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha considerato l’assicurato inabile al lavoro nella misura del 20% per motivi psichici, a partire da luglio 2010 (doc. 68-32). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 14 luglio 2011, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali dell’assicurato presso il citato centro d’accertamento, hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “1. gonartrosi bilaterale interessante il compartimento mediale prevalentemente al ginocchio ds., con artrosi femoro-patellare a ds., in stato dopo vari interventi chirurgici per lesioni meniscali; 2. periartropatia dell’anca sin. su iniziale coxartrosi bilaterale a sin. più che a ds.; 3. sindrome da disadattamento con tratti depressivi (ICD10-F43.21) di lieve entità, senza concomitanti patologie psichiatriche maggiori o disturbi di personalità”, mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa hanno indicato quelle di “ipercolesterolemia; obesità (BMI 30.3 kg/m²)” (doc. 68-14). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l’assicurato abile al lavoro al 70% nella sua professione di edicolante (lavoro a tempo pieno con una diminuzione del rendimento del 30%) (doc. 68-17), ma abile al lavoro all’80% in un’attività lavorativa adatta, rispettosa dei suoi limiti funzionali, di tipo prevalentemente sedentario (doc. 68-18).

Quanto all'evoluzione dell'incapacità lavorativa, i medici del SAM hanno indicato che "l'attuale capacità lavorativa globale del 70% è valida a partire dall'11.10.2010, data del rapporto medico AI del reumatologo curante dr. _____. Per il periodo precedente, dal 19 aprile al 1° agosto 2010, si può codificare una capacità lavorativa dello 0% e per il periodo precedente dal 2 agosto al 10 ottobre 2010 si può codificare una capacità lavorativa del 25%, come già riconosciuto dal dr. med. _____, medico fiduciario dell'Assicurazione _____" (doc. 68-18). Nel rapporto finale SMR del 29 luglio 2011, il dr. _____, spec. FMH in medicina interna (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), ha confermato le percentuali di incapacità lavorativa dell'interessato stabilite dai medici del SAM (doc. 70-2). Contestando il progetto di decisione del 17 gennaio 2012, con il quale l'Ufficio AI gli ha rifiutato il diritto ad una rendita AI, l'assicurato ha trasmesso all'amministrazione il seguente referto, datato 31 gennaio 2012, redatto dal dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e indirizzato alla sua rappresentante legale: " Il paziente summenzionato soffre di un'artrosi a destra e una coxartrosi a sinistra, inoltre, ultimamente, a questi sintomi si è aggiunta una tallonite a tratti bilaterale che come gestore di un'edicola, professione che comporta il lavoro esclusivamente in posizione eretta e carico e lo scarico di pacchi di riviste anche pesanti, porta parecchi dolori. Con le patologie ortopediche menzionate sopra considero una capacità lavorativa massima del 50%. Inoltre concordo pienamente con lei che una valutazione SAM in ambito peritale dovrebbe includere una perizia anche a livello ortopedico." (Doc. 81-9) Nelle annotazioni del 2 marzo 2012, il dr. _____ del SMR ha osservato: " (...) L'anamnesi, l'oggettività clinica e le ripercussioni del danno alla salute sono precisate nel consulto reumatologico effettuato in data 5 aprile 2011 dal dr. _____ nell'ambito della perizia SAM. Tenendo conto dello specifico tipo di attività dell'assicurato, l'inabilità lavorativa è quantificata con il 30% per l'attività abituale, mentre che un'attività pienamente rispettosa dei limiti funzionali elencati sarebbe esigibile in misura totale. La perizia è dettagliata, completa e coerente. Non s'impongono altre perizie per valutare il danno alla salute a carico dell'apparato locomotore. In discussione sono i limiti e le risorse dell'assicurato e non eventuali cure chirurgico-ortopediche. Il rapporto del dr. _____ ed i diversi certificati allegati non contengono informazioni sull'oggettività clinica. Il dr. _____ valuta in modo diverso le ripercussioni del danno alla salute sulla capacità lavorativa." (Doc. 83/1-2) 2.5. In sede ricorsuale, l'assicurato ha contestato la decisione del 7 marzo 2012 dell'Ufficio AI di rifiuto delle prestazioni, trasmettendo al TCA il seguente referto medico, datato 12 giugno 2012, inviato dal dr. _____ alla sua rappresentante legale: " Rispetto all'ultimo certificato le patologie ortopediche descritte, ossia l'artrosi del ginocchio e dell'anca sinistra, non ho potuto osservare dei grossi peggioramenti. La fascite plantare che procura dei forti dolori al tallone sinistro è stata investigata mediante un'ecografia che conferma la patologia. Mediante un trattamento conservativo fino ad oggi non vi è stato un miglioramento dei dolori. Inoltre, vi è il sospetto clinico di un'artrosi dell'articolazione metatarso-falangea I° del piede destro. Tutte le patologie da me elencate, in particolar modo le patologie degenerative artrosiche, sono di competenza ortopedica, l'incapacità lavorativa dovrebbe dunque essere valutata anche da uno specialista di questo ramo. La fascite plantare potrebbe avere anche origine reumatologica. Sicuramente per valutare correttamente la capacità lavorativa residua servirebbe una valutazione reumatologica e ortopedica." (Doc. C) Nelle annotazioni del 18 giugno 2012, il dr. _____ del SMR ha rilevato: " (...) Rapporto dr. _____ alla RA 1 del 12 giugno 2012 Il dr. _____ conferma che le patologie

ortopediche, l'artrosi del ginocchio e dell'anca sinistra, non hanno presentato "grossi peggioramenti". Inoltre, il paziente soffre di dolori al tallone sinistro, attribuiti tramite ecografia a fascite plantare e di un'artrosi metatarso-falangea dell'alluce destro. Egli conclude che tutte queste patologie, particolarmente quelle degenerative, sono di competenza ortopedica. Di conseguenza, il dr. _____ ribadisce che le ripercussioni sulla capacità lavorativa dovrebbero essere valutate da uno specialista in chirurgia ortopedica. Unicamente la fascite plantare "potrebbe avere anche un'origine reumatologica", pertanto "servirebbe una valutazione reumatologica ed ortopedica". La presente documentazione non evidenzia un cambiamento dell'oggettività clinica. Lo stato di salute è pertanto praticamente stazionario dalla perizia pluridisciplinare del SAM (rapporto peritale del 14 luglio 2011, visite del 28 marzo e del 5 e 7 aprile 2011). Per contro, i dolori calcaneari, trattati già nel novembre 2008 dal dr. _____ con onde d'urto ottenendo una remissione, sarebbero di nuovo esacerbati. Questi dolori non erano presenti all'occasione della visita del perito dr. _____ del 6 maggio 2011. Il dr. _____ aveva già menzionato la tallonite "a tratti bilaterale" nel suo rapporto alla RA 1 del 31 gennaio 2012 senza specificare l'evoluzione, l'oggettività clinica o le eventuali misure terapeutiche. Tali affezioni intermittenti non sono suscettibili di ulteriori ripercussioni di lunga durata sulla capacità lavorativa residuale, peraltro già determinata da alterazioni degenerative a carico degli arti inferiori. Per quanto riguarda l'indicazione per una perizia ortopedica ribadisco ancora che la valutazione di limiti e risorse in presenza di alterazioni degenerative dell'apparato locomotore può essere affidata ad un reumatologo. Per contro, se fosse in discussione l'indicazione per eventuali interventi di chirurgia ortopedica, sarebbe competente il chirurgo ortopedico. Nel caso presente, il perito reumatologo ha aggiunto che delle protesi dell'anca sinistra e delle ginocchia, prevalentemente del ginocchio destro, potrebbero migliorare in un futuro non meglio precisato le condizioni di salute e la capacità lavorativa. Le affezioni degenerative dell'apparato locomotore sono di competenza reumatologica e chirurgica. Il reumatologo si occupa delle cure conservative e semi-invasive (come delle infiltrazioni), mentre che il chirurgo ortopedico si occupa delle cure chirurgiche. I due specialisti sono competenti nella diagnostica di simili affezioni e possono apprezzare le ripercussioni sulla capacità lavorativa, ossia i limiti funzionali e le risorse." (Doc. X/bis) 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la

denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata

in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della

vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve concludere che non vi è motivo per distanziarsi dalla valutazione peritale pluridisciplinare dei medici del SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Nel rapporto peritale del 14 luglio 2011, i medici del SAM, tenuto conto delle affezioni somatiche e psichiche accertate in sede peritale, hanno ritenuto l'interessato abile al lavoro al 70% nella sua attività di edicolante e all'80% in altre attività lavorative adatte (doc. 68/17-18). Il TCA, nonostante le contestazioni dell'assicurato, non ha motivo di distanziarsi da queste conclusioni dei medici del SAM, per i motivi di seguito esposti. Dal profilo psichiatrico, il TCA concorda con le accurate valutazioni del dr. _____, che, del resto, non sono state smentite da altre certificazioni medico-specialistiche attestanti delle

patologie maggiormente invalidanti. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Quanto agli aspetti somatici, la patrocinatrice ha contestato le conclusioni peritali del dr. _____, spec. in reumatologia, rilevando innanzitutto come, vista la natura delle affezioni dell'interessato, la perizia del SAM avrebbe dovuto includere anche una valutazione peritale in ambito ortopedico, come del resto indicato anche dallo specialista curante dell'assicurato, dr. _____ (doc. 81-9 e doc. C). Al riguardo, nelle sue annotazioni mediche del 2 marzo 2012 (cfr. doc. 83-2) e soprattutto in quelle del 18 giugno 2012 (cfr. doc. X/bis), il dr. _____ del SMR ha confermato la correttezza della valutazione peritale eseguita dal dr. _____, sottolineando come “la valutazione di limiti e risorse in presenza di alterazioni degenerative dell'apparato locomotore può essere affidata ad un reumatologo”, mentre invece sarebbe esclusiva competenza di un chirurgo ortopedico tutte le problematiche inerenti la messa in atto di eventuali interventi di chirurgia ortopedica. Il dr. _____ del SMR ha infatti spiegato che “le affezioni degenerative dell'apparato locomotore sono di competenza reumatologica e chirurgica. Il reumatologo si occupa delle cure conservative e semi-invasive (come delle infiltrazioni), mentre che il chirurgo ortopedico si occupa delle cure chirurgiche. I due specialisti sono competenti nella diagnostica di simili affezioni e possono apprezzare le ripercussioni sulla capacità lavorativa, ossia i limiti funzionali e le risorse” (doc. X/bis). Il TCA, concorda con queste considerazioni del medico del SMR, che trovano conferma nella giurisprudenza federale. Il Tribunale federale, in una sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, confermando la precedente sentenza 36.208.126 di questa Corte, ha già avuto modo di sottolineare, che “come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell'area di competenza del neurologo, dell'ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata” (cfr. RtiD 2010 II pag. 208 [9C_965/2008] consid. 4). In quell'occasione, l'Alta Corte, contrariamente a quanto preteso dal ricorrente – a mente del quale essendo le ernie discali di competenza di un neurochirurgo, la valutazione del caso non poteva essere affidata a un reumatologo e a un chirurgo ortopedico - ha confermato la correttezza delle valutazioni peritali effettuate da un reumatologo, rispettivamente da uno specialista in chirurgia ortopedica, concludendo che “per quanto concerne più precisamente la problematica relativa all'ernia discale – comunque convincentemente esclusa dai medici interpellati dall'opponente – va inoltre precisato che essa non necessariamente è di sola competenza del neurologo, ma può anche essere di pertinenza ortopedica”. Il Tribunale federale ha ribadito gli stessi concetti anche nelle sentenze 9C_282/2012 del 29 agosto 2012, 9C_781/2011 del 14 maggio 2012, 9C_856/2010 del 27 giugno 2011 e 9C_906/2010 del 5 aprile 2011, pubblicata in SVR 2011 IV nr. 67. In particolare, nella STF 9C_781/2011 del 14 maggio 2012 – concernente il caso di un'assicurata, afflitta da dolori al piede e alla colonna vertebrale, la quale, nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, era stata valutata, dal profilo somatico, da un neurologo e da un reumatologo, ma non da un ortopedico - l'Alta Corte ha ancora una volta

sottolineato la correttezza della valutazione peritale eseguita da un neurologo e da un reumatologo, non ritenendo indispensabile, come invece richiesto dall'assicurata, dovere fare capo anche al parere specialistico di un chirurgo ortopedico. Il TCA, alla luce delle sentenze citate, non può quindi concordare con la critica espressa dalla patrocinatrice dell'assicurato. La patrocinatrice di RI 1 ha inoltre contestato la valutazione di una abilità lavorativa residua dell'assicurato del 70% nell'attività di edicolante, trasmettendo un referto del 31 gennaio 2012, nel quale il dr. _____ ha attestato l'esistenza, "ultimamente", oltre che di "un'artrosi a destra e di una coxartrosi a sinistra", anche di una "tallonite a tratti bilaterale", che renderebbe l'assicurato inabile al lavoro nella misura del 50% (doc. 81-9). Al riguardo, nelle annotazioni del 2 marzo 2012, il dr. _____ del SMR ha ritenuto che il certificato del dr. _____ "non contiene informazioni sull'oggettività clinica. Il dr. _____ valuta in modo diverso le ripercussioni del danno alla salute sulla capacità lavorativa" (doc. 83-2). Nelle annotazioni del 18 giugno 2012, poi, il dr. _____ ha osservato che i dolori calcaneari cui ha fatto accenno il dr. _____ - già trattati nel novembre 2008 dal dr. _____ con onde d'urto, ottenendo una remissione - non erano presenti al momento della valutazione peritale del dr. _____. Il dr. _____ ha concluso che il dr. _____ ha accennato ad una "tallonite a tratti bilaterale", "senza specificare l'evoluzione, l'oggettività clinica o le eventuali misure terapeutiche", motivo per il quale "tali affezioni intermittenti non sono suscettibili di ulteriori ripercussioni di lunga durata sulla capacità lavorativa residuale, peraltro già determinata da alterazioni degenerative a carico degli arti inferiori" (doc. X/bis). Il TCA condivide queste considerazioni del medico del SMR. Nel rapporto peritale del 6 maggio 2011, infatti, il dr. _____ ha espressamente indicato che "per quanto riguarda i dolori del calcagno bilateralmente questi sono scomparsi nel decorso, ha avuto per un anno dei disturbi ed ha seguito delle terapie con ultrasuoni, fisioterapia ed onde d'urto senza dei grossi risultati poi lentamente i dolori sono scomparsi spontaneamente. Attualmente non è più disturbato da questi problemi" (doc. 68-22). Inoltre, il dr. _____, nel suo referto del 31 gennaio 2012, si è limitato ad indicare che l'assicurato presenta "ultimamente" anche una tallonite a tratti bilaterale (doc. 81-9), mentre nel referto del 12 giugno 2012 ha osservato che l'interessato presenta anche una fascite plantare che procura forti dolori al tallone sinistro, confermata da un'ecografia (doc. C), senza tuttavia specificare, come indicato dal medico del SMR, quale sia l'evoluzione dei disturbi e le eventuali misure terapeutiche intraprese. Pertanto, alla luce unicamente di questi referti, del tutto generici, non è possibile concludere che vi sia stato un peggioramento dello stato di salute dell'interessato rispetto al momento dell'esame peritale del dr. _____. Si ricorda, tuttavia, al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). Infine, quanto alla percentuale di capacità lavorativa residua del 70% quale edicolante indicata dal perito reumatologo, contestata dal dr. _____ - a mente del quale ammonterebbe al 50% - questo Tribunale rileva che, nel rapporto peritale del 6 maggio 2011, il dr. _____ ha spiegato i motivi per i quali egli, nella quantificazione del grado di capacità lavorativa residua dell'assicurato, si è distanziato dalla valutazione dello specialista curante dr. _____ - il quale aveva considerato l'assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione di edicolante - indicando che "l'assicurato è proprietario dell'edicola in cui lavora e ha la possibilità di recarsi al piano superiore per poter riposare, nei momenti in cui sono presenti gli altri dipendenti", concludendo che "questi fatti riducono l'incapacità

lavorativa ad un 30%” (doc. 68-26). In conclusione, rispecchiando la perizia dei medici del SAM i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6.), alla stessa può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato 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 schweiz. 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), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurato è inabile al lavoro nella misura del 30% nella sua precedente attività di edicolante, mentre presenta una capacità lavorativa residua dell'80% nello svolgimento di attività adatte. 2.8. Essendo quindi esigibile che l'assicurato sfrutti la sua residua capacità lavorativa del 70% nella sua precedente attività – dato che, nella decisione impugnata, l'amministrazione ha espressamente indicato che “ ritenuto che la capacità di guadagno non è incrementabile svolgendo altre professioni” (doc. A) - 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. Visto che l'interessato una capacità lavorativa residua del 70% nella sua precedente attività di edicolante, nella quale è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrispondente al 70% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), l'incapacità lucrativa del ricorrente ammonta, come indicato dall'UAI nella decisione impugnata, al 30% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C_776/2007 del 14 agosto 2008), percentuale che non dà diritto ad una rendita d'invalidità. Va al riguardo rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Del resto, il TCA rileva che, come correttamente indicato dall'amministrazione nella risposta di causa (cfr. doc. IV), alla stessa soluzione, l'amministrazione era pure giunta al termine dell'inchiesta economica per l'attività professionale indipendente del 5 ottobre 2011, dopo avere confrontato il reddito conseguito dall'assicurato prima e dopo il danno alla salute, fissando nella misura del 29% il grado di perdita economica (doc. 72/1-11). Il TCA constata, infatti, che dal rapporto del 7 ottobre 2011 concernente l'inchiesta economica per indipendenti eseguita il 5 ottobre 2011, l'ispettrice incaricata, dopo avere analizzato l'evoluzione dei redditi dell'impresa dell'assicurato, ha indicato: " (...) VALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ Reddito da valido: Quale reddito da valido ritengo corretto prendere a riferimento i redditi conseguiti dall'assicurato quando la ragione sociale dell'attività era quella di ditta individuale, ovvero dal 2006 al 2008 compreso; solo nel dicembre di quell'anno (ma a livello contabile dal 01.01.2009) è stata costituita la Sagl della quale ne è divenuta proprietaria la figlia. È pur vero che si è trattato piuttosto di un atto formale, poiché in realtà, continua ad essere l'assicurato il vero gestore dell'edicola (al quale peraltro viene attribuito lo stesso guadagno). Reputo pertanto che, come termine di raffronto affidabile, vadano presi a

riferimento i redditi conseguiti e per i quali l'assicurato è stato tassato negli anni 2006-2007-2008, per semplicità quelli indicati sull'Estratto dei conti individuali al lordo dei contributi. Ne risulta così un reddito da valido lordo di fr. 80'666.-- . Reddito da invalido: Considerato che la malattia di lunga durata ha avuto inizio nell'aprile del 2010, non si dispone dei dati contabili per procedere ad un raffronto dei redditi. Si può tuttavia valutare la diminuzione del guadagno che l'assicurato deve sostenere a causa del danno alla salute, poiché, come in effetti dimostra la diversa organizzazione del lavoro adottata, egli si deve avvalere in misura maggiore della collaborazione della figlia. Reddito ipotetico senza invalidità secondo l'evoluzione dell'impresa, sulla base dei documenti contabili e degli estratti dei CI – media redditi 2006/07/08 SFr. 80'666 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 80'666 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 80'666 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito ipotetico senza invalidità della persona assicurata SFr. 80'666 Diminuzione del reddito dell'attività professionale imputabile al danno Costi supplementari in personale imputabili al danno. Base di calcolo (secondo l'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari: 2008, T7S, pos. 27, liv. 3, uomini Fr. 5'190.- x 12 (fr. 62'280.-) + 15% delle prestazioni sociali a carico del datore (fr. 71'622.-) cui 33% imputabile al danno – vedi il confronto tra campi di attività) Sfr. 23'635 ===== Reddito d'invalido della persona assicurata SFr. 57'031 Tasso di diminuzione del reddito dell'attività professionale 29% VALUTAZIONE Dall'applicazione del metodo ordinario mediante il calcolo della perdita economica subita dall'assicurato a causa del danno alla salute, si giunge a riconoscere un grado del 29% . Si prega tuttavia il segretario di procedere al raffronto dei redditi in attività adeguata, poiché la capacità lavorativa medico-teorica è maggiore in attività rispettose dei limiti funzionali." (Doc. 72/7-8) Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste considerazioni dell'amministrazione, che, del resto, sono state contestate in maniera del tutto generica dalla rappresentante dell'assicurato, senza motivazione (cfr. doc. I, nel quale la rappresentante si è limitata ad indicare che "si contesta integralmente il grado AI del 30%, così come il conteggio relativo al reddito senza invalidità ed a quello presumibile da invalido"). Nella misura in cui l'UAI ha negato all'assicurato il diritto ad una rendita di invalidità (grado del 30%), la decisione del 7 marzo 2012 deve, perciò, essere confermata.

2.9. L'assicurato ha chiesto al TCA, in via sussidiaria, l'esecuzione di una nuova perizia (doc. I). Per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF U 349/06 dell'11 luglio 2007 consid. 6; STFA U 239/02 dell'11 dicembre 2003; STFA H 5/02 del 31 gennaio 2003; STFA H 411/01 del 5 marzo 2003; SVR 2003 IV Nr. 1 pag. 1; STFA H 102/01 dell'11 gennaio 2002; STFA H 103/01 dell'11 gennaio 2002; STFA H 299/99 dell'11 gennaio 2002; STFA U 257/01 del 26 novembre 2001; STFA U 82/01 del 15 novembre 2001; STFA I 11/01 del 28 giugno 2001; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; STFA del 13 febbraio 1992 in re O.; STFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; STCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., Zurigo 1998, p. 39 e p. 117), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124

V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici. 2.10. 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'assicurato.

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