

TI_GERICHTE 32.2015.120 vom 19. Juni 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-06-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.120

FR: TI_GERICHTE 32.2015.120 du 19 juin 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.120 del 19 giugno 2015

Erwägungen

E. 7.1

Entsprechend der Zielsetzung der Invalidenversicherung, die wirtschaftlichen Folgen der Invalidität zu mildern (vgl. Botschaft des Bundesrats vom 24. Oktober 1958 zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung und eines Bundesgesetzes betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenen-versicherung, BBl 1958 II 1137 ff., insbes. 1161 f.; vgl. auch BGE 137 V 334 E. 5.5.3 S. 345), ist das versicherte Risiko in der Invalidenversicherung die Erwerbsinvalidität, die von der effektiven, gesundheitlich bedingten Erwerbseinbusse abhängt. Eine versicherte Person, welche im Gesundheitsfall ihr wirtschaftliches Potential nicht voll ausnützt, indem sie zwar in der Lage wäre, voll erwerbstätig zu sein, sich aber für eine Teilzeitstelle entscheidet, um mehr Freizeit zu haben, begnügt sich mit einem Teilzeitlohn und verzichtet damit freiwillig auf einen Teil des Lohnes, den sie erzielen könnte, wenn sie vollerwerbstätig wäre. Dass ihr Erwerbseinkommen vermindert ist, stellt die Folge ihrer Wahl dar. Der nicht verwertete Teil ihrer Erwerbsfähigkeit ist damit nicht versichert (BGE 135 V 58 E. 3.4.1 S. 61; 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53; Urteil 9C_112/2012 vom 19. November 2012 E. 4.6) und ein Ausgleich durch die Invalidenversicherung demzufolge nicht statthaft (BGE 137 V 334 E. 5.5.3 S. 345 f.; 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53). Aus diesen Überlegungen ergibt sich, dass eine teilerwerbstätige versicherte Person ohne Aufgabenbereich eine gesundheitlich bedingte Erwerbseinbusse lediglich im Rahmen des versicherten Bereiches, welcher dem (hypothetischen) Beschäftigungsgrad entspricht, erleidet und deshalb auch nur in diesem Umfang ein Ausgleich stattfinden kann. Es verhält sich nicht anders als bei den Vollerwerbstätigen, bei welchen wegen des auf 100 % Bezug nehmenden Einkommensvergleichs (Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG) ebenfalls maximal ein dem versicherten Bereich (100 %) entsprechender Invaliditätsgrad (mithin maximal 100 %) resultieren kann.

E. 7.2

Für diese Betrachtungsweise spricht auch das Rechtsgleichheitsgebot (Art. 8 Abs. 1 BV) bzw. eine verfassungskonforme Auslegung (vgl. dazu BGE 140 I 77 E. 5.3 S. 81 mit Hinweisen) der Bestimmung des Art. 28a Abs. 3 Satz 1 IVG. Unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung muss die Einbusse, die eine versicherte Person in einem bestimmten (hypothetischen) erwerblichen Teilpensum (hier: 60 %) erleidet, in diesem Bereich zum selben Invaliditätsgrad führen, unabhängig davon, ob sie daneben (d.h. in den hypothetisch verbleibenden 40 %) keinen Aufgabenbereich hat (wie die Beschwerdegegnerin im hier zu beurteilenden Zeitraum), in einem Aufgabenbereich tätig ist (wie dies bei der Beschwerdegegnerin früher der Fall war [Verfügung vom 11. März 2004; Mitteilung vom 11. Juni 2012]), oder ein weiteres erwerbliches Teilpensum hat und damit als vollerwerbstätig gilt. Eine Gleichbehandlung rechtfertigt sich deshalb, weil die drei

genannten Versichertenkategorien bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit im erwerblichen Teilpensum von 60 % denselben Einkommensverlust - nämlich einen solchen von 60 % - erleiden. Es sind keine Gründe ersichtlich, bei den teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich eine sich lediglich im Teilzeitpensum auswirkende Arbeitsunfähigkeit über dessen Umfang hinaus (hier mit 100 statt 60 %) zu berücksichtigen.

E. 7.3

Nach dem Gesagten ist die Rechtsprechung gemäss BGE 131 V 51 dahingehend zu präzisieren, dass bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich proportional - im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit - zu berücksichtigen ist. Der Invaliditätsgrad entspricht der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich und kann damit den versicherten Bereich, welcher durch das hypothetische Teilzeitpensum definiert wird, nicht übersteigen. Denn andernfalls könnte ein das hypothetische erwerbliche Pensum übersteigender Invaliditätsgrad resultieren, womit indirekt unzulässigerweise eine Einschränkung in den weder Erwerbs- noch Aufgabenbereich darstellenden, nicht versicherten Freizeitaktivitäten mitabgegolten würde.“. La successiva STF 8C_846/2015 del 3 giugno 2016 ha confermato il principio secondo cui nel caso in cui un assicurato svolga a tempo parziale un'attività lucrativa per potere avere più tempo libero, il grado di invalidità corrisponde alla limitazione proporzionale nell'attività salariata e quindi non può essere superiore a questo ambito assicurato. Il Tribunale federale ha giudicato il caso di un assicurato che dal 2001 lavorava a tempo pieno come informatico e che dal 2005 ha ridotto la sua percentuale lavorativa all'80%. A causa di problemi di salute, nel 2012 l'Ufficio AI gli ha riconosciuto dal mese di ottobre 2010 una rendita intera, dal 1° giugno 2011 tre quarti di rendita e dal 1° settembre al 31 dicembre 2011 un quarto di rendita. I gradi di invalidità sono stati determinati in virtù del metodo misto di calcolo con una quota parte di salariato dell'80% e di svolgimento delle mansioni consuete del 20%. Con il peggioramento del suo stato di salute, l'assicurato ha ridotto il suo carico di lavoro al 60% e poi al 50%. Facendo sempre capo al metodo misto di calcolo, l'Ufficio AI ha stabilito nel 37% il grado AI dell'assicurato, mentre il Tribunale amministrativo del Canton Berna, in accoglimento del ricorso, gli ha concesso un quarto di rendita, cosicché l'amministrazione si è rivolta al Tribunale federale chiedendo l'annullamento del giudizio cantonale. Il Tribunale cantonale ha ritenuto che l'assicurato, prima della realizzazione del danno alla salute, abbia ridotto la sua percentuale lavorativa all'80% non per svolgere le mansioni consuete e prendersi cura della casa, perciò non era possibile concludere per un 20% utilizzato a tale scopo. Per determinare il grado di invalidità la Corte cantonale ha dunque utilizzato il metodo di confronto dei redditi, considerando quale reddito da invalido il reddito conseguito a quel momento al 50% nella sua professione abituale, leggermente modificata nei compiti dal datore di lavoro per venire incontro ai problemi di salute del suo dipendente. Ciò gli dava diritto ad un quarto di rendita (grado AI 40%) (cfr. consid. 4.1). Per l'amministrazione, invece, andava applicato il metodo misto di calcolo, perché ciò che non è attività lavorativa ricade nella categoria delle mansioni consuete e della cura della casa, giacché attività lucrativa e usuali lavori gratuiti sono in linea di principio complementari nell'ambito del metodo misto di valutazione dell'invalidità. La quota del lavoro domestico non deve essere fissata in funzione dell'ampiezza dei compiti che rientrano nel campo delle mansioni consuete (DTF 141 V 15) (cfr. consid. 4.2). Dal canto suo, l'assicurato ha affermato che vive da solo in un appartamento, che si occupa di persona in misura minima della cura della

casa e che fa solo ciò che ogni persona deve fare lo stesso (la spesa, preparare i pasti, pulire l'appartamento e fare il bucato). L'interessato era concorde con l'autorità di prima istanza, che ha ritenuto che la riduzione del tempo di lavoro non significava automaticamente che in qualità di salariato parziale il resto del tempo fosse occupato dallo svolgere le mansioni consuete. L'applicazione del metodo ordinario per determinare il suo diritto alla rendita era per lui corretto (cfr. consid. 4.3). Sulla base dei fatti accertati dal Tribunale cantonale, l'Alta Corte ha ritenuto che l'informatico, celibe e senza figli, viveva da solo in un appartamento di 3 ½ locali senza obblighi di mantenimento e che ha ridotto il tempo lavorativo all'80% prima dell'insorgenza del danno alla salute perché guadagnava bene e quindi lavorare all'80% era sufficiente. Non v'era dunque alcun elemento per potere ritenere che l'assicurato avesse ridotto il suo tempo lavorativo per occuparsi della casa. Anzi, l'assicurato si occupava in minima parte della casa e per la maggior parte del tempo mangiava fuori. Effettuava la pulizia della casa una volta alla settimana, a volte una volta ogni due settimane al sabato, mentre per stirare e cucire si affidava al bisogno alla mamma. La cura della casa era quantitativamente e qualitativamente di secondaria importanza, cosicché non avrebbe potuto essere posta sullo stesso piano di un'attività lavorativa (cfr. consid. 5.1). Il TF ha quindi esposto la giurisprudenza sviluppata nella DTF 141 V 15 citata dall'Ufficio AI, affermando che quest'ultimo non ha realizzato che se l'attività svolta è a tempo parziale per avere più tempo libero e non per occuparsi della casa, non sussiste una competenza dell'assicurazione invalidità, giacché il tempo libero, ai sensi dell'art. 27 OAI, non è assicurato. Ne discende che il metodo misto non può tornare applicabile (cfr. consid. 5.2). Il Tribunale federale ha presentato i principi giurisprudenziali sviluppati dalla DTF 131 V 51 (cfr. consid. 6.1). Ha poi ricordato che lo scopo dell'assicurazione invalidità è di ridurre le conseguenze economiche dell'invalidità e quindi il rischio assicurato è l'invalidità lavorativa. Una persona assicurata, sana, che non sfrutta pienamente il suo potenziale economico anche se sarebbe in grado di essere attiva a tempo pieno, ma preferisce lavorare a tempo parziale per avere più tempo libero, si accontenta di un reddito ridotto e rinuncia quindi volontariamente a una parte del reddito che potrebbe conseguire se lavorasse a tempo pieno. Il fatto che il suo reddito da attività lucrativa diminuisce configura la conseguenza della sua scelta. La parte non utilizzata della sua capacità lavorativa non è quindi assicurata. Pertanto, una persona assicurata attiva parzialmente che non deve svolgere mansioni consuete subisce una perdita di guadagno nell'ambito assicurato, che corrisponde al grado di occupazione ipotetico e perciò può avere luogo una compensazione solo in questo ambito (cfr. consid. 6.2). Poiché la summenzionata DTF 131 V 51 portava a una violazione del principio dell'uguaglianza di trattamento, nella STF 9C_178/2015 la nostra Massima Istanza ha precisato che, d'ora in poi, nel caso di assicurati che lavorano a tempo parziale senza svolgere mansioni consuete, la limitazione stabilita con il metodo del raffronto dei redditi ex art. 16 LPGa deve essere considerata proporzionalmente alla percentuale di attività salariata esercitata prima del danno alla salute. Il grado di invalidità corrisponde alla diminuzione proporzionale nell'ambito lavorativo e non può superarlo (cfr. consid. 6.3). L'Alta Corte ha dunque concluso che il Tribunale cantonale ha a giusta ragione stabilito il grado di invalidità applicando il metodo del raffronto dei redditi, stabilendolo nel 40%. Tuttavia, in virtù della precisazione di giurisprudenza esposta, occorre ancora riportare questo dato al tempo lavorativo dell'80%, perciò il grado di invalidità globale è del 32% (0,8 x 40%), con conseguente rifiuto di una rendita di invalidità (cfr. consid. 7). Infine, la precisazione di giurisprudenza della STF 9C_178/2015, destinata alla pubblicazione, è stata ribadita pure nella STF 9C_17/2016 del 14 giugno 2016 (cfr. consid. 2.2: " Das

Bundesgericht befasse sich im (zur amtlichen Publikation vorgesehenen) Urteil 9C_178/2015 vom 4. Mai 2016 eingehend mit der Problematik, dass sich nach der bisherigen Praxis (BGE 131 V 51) allein der Ersatz des versicherten Aufgabenbereichs (Haushaltführung) durch Freizeit, die nach Art. 27 IVV (SR 831.201) nicht versichert ist, rentenerhöhend auswirkt (Urteil 9C_178/2015 vom 4. Mai 2016 E. 6.2). Dabei präzisierte es die Rechtsprechung gemäss BGE 131 V 51 dahingehend, dass bei Teilerwerbstätigen ohne Aufgabenbereich der aus dem Einkommensvergleich resultierende Invaliditätsgrad proportional - im Umfang des hypothetisch-erwerblichen Teilzeitpensums - zu berücksichtigen ist (Urteil 9C_178/2015 vom 4. Mai 2016 E. 7). “), in cui un’assicurata, beneficiaria di un quarto di rendita, ha preteso di ricevere una mezza rendita contestando di svolgere della mansioni consuete nel senso giuridico del termine. Il Tribunale federale ha però lasciato aperto la questione a sapere se si debba computare alla ricorrente una parte dedicata allo svolgimento delle mansioni consuete, visto che applicando il metodo del raffronto dei redditi, e quindi senza tenere conto della necessità di svolgere delle mansioni consuete, il grado di invalidità risulta essere del 40,21% (50,26% x 80%) e quindi la ricorrente continua ad avere diritto ad un quarto di rendita di invalidità, ritenendo quindi il ricorso infondato (cfr. consid. 2.3). 2.3. 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). Nel caso di specie, l’amministrazione ha considerato l’assicurato salariato al 90% ed esercitante mansioni consuete al 10% e ha quindi applicato il metodo misto di calcolo. A seguito della precisazione giurisprudenziale del 4 maggio 2016 l’Ufficio AI, interpellato dal TCA, ha

affermato che anche volendo applicare il metodo ordinario di raffronto dei redditi, il risultato non cambierebbe, giacché il grado di invalidità che ne deriva (43,46%), rapportato in funzione della percentuale di attività salariata esercitata prima del danno alla salute (90%), dà luogo ad una perdita di guadagno del 39,11% ($0,9 \times 43,46\%$), ciò che non permette l'erogazione di una rendita di invalidità (doc. X). Dagli atti emerge chiaramente che il ricorrente lavorava a tempo parziale al 90% e pendente causa egli ha confermato questa circostanza, tuttavia negando che al caso concreto si applichi la precisazione di giurisprudenza del 4 maggio 2016, giacché lo stesso Ufficio AI ha stabilito una limitazione del 20% nel restante 10% del tempo (doc. IX).

2.4. Nel caso di specie l'Ufficio assicurazione invalidità, dopo avere richiamato gli atti medici ritenuti determinanti e avere accertato lo stato di salute del ricorrente sottoponendolo ad una perizia reumatologica nel novembre 2013 (doc. 57), con decisione del 18 febbraio 2014 (doc. 70) gli ha attribuito una rendita intera di invalidità (grado AI 92%) dal 1° gennaio 2013, stante una capacità lavorativa nulla in qualsiasi attività, mentre in attività domestiche la limitazione era del 20% (doc. 60). Dopodiché, nell'ambito di una revisione d'ufficio, il dr. med. _____ ha nuovamente peritato l'assicurato su invito del Servizio Medico Regionale e, sulla scorta delle sue valutazioni, l'amministrazione ha ritenuto dal 1° gennaio 2015 una capacità lavorativa del 50% nella sua precedente attività e una capacità residua del 100% in attività adeguate e per mansioni consuete. Raffrontato quindi il reddito conseguito al 90% nel 2013 senza invalidità (Fr. 90'075.-) e il reddito ottenibile nel 2013 in un'attività ragionevolmente esigibile al 90% malgrado determinate limitazioni funzionali (Fr. 62'875,65 - 10% = Fr. 56'588,08), tenuto inoltre conto di una riduzione personale del 5% per attività leggere e del 5% per svantaggi salariali (Fr. 56'588,08 - 10% = Fr. 50'929,28), si ha una perdita di guadagno (grado d'invalidità) del 43,46% ($[(Fr. 90'075.- - Fr. 50'929,28) : Fr. 90'075.- \times 100]$). Questo grado di invalidità è stato riportato sulla percentuale di salariato, per ottenere un grado di invalidità parziale del 39% ($90\% \times 43,46\%$). Per quanto concerne le mansioni consuete (ritenute) esercitate nella misura del 10%, data una limitazione nulla anche il grado di invalidità parziale è risultato nullo ($10\% \times 0\%$). Sommando questi due gradi di incapacità di guadagno parziali l'Ufficio AI ha ottenuto un grado di invalidità globale del 39% e quindi ha soppresso il diritto alla rendita AI. Interpellato dal TCA a seguito della recente precisazione giurisprudenziale (STF 9C_178/2015 del 4 maggio 2016), l'UAI ha riefettuato il calcolo del grado di invalidità dell'assicurato, fissandolo nel 39,11% ($43,46\% \times 90\%$) secondo il metodo di confronto dei redditi ed è quindi giunto al medesimo risultato. Da parte sua, il ricorrente ha ritenuto non applicabile questa giurisprudenza. Permangono quindi le censure ricorsuali, in cui egli ha evidenziato come la capacità lavorativa di 4 ore al giorno stabilita dal perito sia migliorata rispetto a prima unicamente perché egli non è più sottoposto a carichi di lavoro fisici e quindi può adeguare le sue attività ai dolori fisici del momento. Nemmeno è comprensibile come la sua capacità lavorativa residua in altre attività sia stata fissata nel 100%, trattandosi di una capacità puramente teorica.

2.5. L'Ufficio AI ha accertato lo stato di salute del ricorrente dapprima richiamando i referti resi dai suoi curanti, poi sottoponendolo ad una perizia reumatologica nel novembre 2013. In quell'occasione si era nell'ambito di una prima domanda di prestazioni e la situazione non si era ancora stabilizzata visto che era previsto un nuovo intervento all'anca sinistra. Pertanto il dr. med. _____, medico del Servizio Medico Regionale che ha trattato il caso, il 4 dicembre 2013 (doc. 58) ha riconosciuto un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività e ha osservato che per verificare se persisteva la sintomatologia lombare l'assicurato sarebbe stato rivalutato nel settembre 2014, ossia dopo l'intervento di cambio di

protesi dovuto ad uno scollamento. Così stando le cose, all'assicurato è stata concessa una rendita intera di invalidità (grado AI del 92%) dal 1° gennaio 2013. Nell'ambito della revisione attuata d'ufficio dall'amministrazione ad inizio 2014, sono stati interpellati nuovamente i medici curanti dell'assicurato e raccolta diversa documentazione medica. Un anno dopo il suo primo parere, il 25 novembre 2014 (doc. 81) il dr. _____ ha ritenuto opportuno sottoporre l'assicurato nuovamente ad una perizia reumatologica di decorso presso lo stesso perito che già si era occupato del caso nel 2013, volendo accertare in particolare se era giustificata la risposta del medico di famiglia che riteneva la situazione invariata e la prognosi lavorativa non buona. Il 22 gennaio 2015 (doc. 82) l'assicurato è dunque stato visitato dal dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e reumatologia, e nel suo rapporto del 10 febbraio 2015 (doc. 84) il perito ha elencato gli atti medici messi a sua disposizione, ha esposto l'anamnesi completa (personale, familiare, patologica, socio-lavorativa), ha descritto i disturbi soggettivi dell'assicurato (dolori lombari, dolori che si irradiano al gluteo e alla gamba destra con sensazione di formiche) e le constatazioni oggettive (ha effettuato un esame internistico, della colonna vertebrale, delle articolazioni, dello status neurologico). La diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa posta dall'esperto è di sindrome lombospondilogenica cronica su/con: alterazioni degenerative con ernia discale L3/L4 osteocondrosi con alterazione di tipo Modic II, ernia discale L4/L5, osteocondrosi L5/S1; DISH a livello toracale; insufficienza muscolare. Lieve periartropatia dell'anca sinistra su/con: stato dopo cambio dello stelo il 5 dicembre 2013 su scollamento della protesi per infezione Low-Grade da P. Acnes; antibioterapia dal dicembre 2013 al giugno 2014; stato dopo protesi dell'anca sinistra nel gennaio 2012. Nella sua valutazione, il reumatologo ha osservato di non avere formulato nessuna nuova diagnosi, ma che l'evoluzione ha confermato quello che aveva posto nella sua precedente perizia del 2013, e meglio che lo scollamento dell'anca era dovuto ad un infetto che è stato poi trattato a regola d'arte per sei mesi. All'esame clinico egli ha constatato un netto miglioramento delle condizioni generali di salute dell'assicurato, dovuto all'intervento che ha risolto il problema dell'anca. Anche il paziente stesso ha riferito di questo miglioramento, mentre per il medico di famiglia la situazione sarebbe stata invariata, per l'infettivologo non v'era nessuna limitazione della capacità lavorativa dal punto di vista infeziologico e l'ortopedico non si è espresso al riguardo. Invece persistevano dei problemi alla schiena già presenti nel 2013. Considerato l'iter operatorio e postoperatorio, il perito ha ritenuto che dall'inizio del 2015 sia stata raggiunta dal paziente la situazione attuale e quindi un netto miglioramento rispetto alla precedente perizia, visto che l'assicurato non accusava più dolori inguinali e v'era un netto miglioramento della mobilità della gamba, la deambulazione era spedita e non più zoppicante; tutte le misure dell'esame reumatologico erano nettamente migliorate. Rispondendo alle domande preformulate dell'Ufficio AI, l'esperto in reumatologia ha indicato che come capotreno, attività in cui è richiesta sempre la posizione eretta e si è sottoposti a varie vibrazioni, stanti i problemi più della schiena che dell'anca, la capacità lavorativa era ridotta del 50%, quindi l'assicurato era abile al lavoro in ragione di 4 ore al giorno dal 1° gennaio 2015. In attività ideale, dove l'interessato possa cambiare postura da posizione eretta a seduta, dove possa cambiare questa posizione ogni 2-3 ore, dove non debba sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10kg, lavorare a lungo in anteflessione, come per esempio un lavoro d'ufficio, l'abilità lavorativa era del 100% (8 ore al giorno con rendimento del 100%) dal 1° gennaio 2015. Infine, nelle attività domestiche l'assicurato era abile al 100% e le attività pesanti potevano essere suddivise su tutta la giornata. Nel suo rapporto finale del 2 marzo 2015 (doc. 85) il dr. med. _____ del Servizio Medico

Regionale ha fatto proprie le conclusioni del reumatologo, osservando in particolare che il perito ha constatato un buon miglioramento dello stato di salute dell'assicurato e ha quindi ritenuto un'inabilità lavorativa del 50% nella sua attività abituale, mentre essa era nulla dal gennaio 2015 in attività adeguate. Il medico SMR ha affermato che per lo specialista in reumatologia il miglioramento di salute era evidente, seppure il medico di famiglia abbia affermato il 16 ottobre 2014 (doc. 78) che lo stato era invece invariato. Sulla scorta di queste indicazioni mediche, con il progetto di decisione del 5 maggio 2015 (doc. 93) l'Ufficio assicurazione invalidità ha soppresso il diritto alla rendita intera dell'interessato, calcolando una perdita di guadagno complessiva del 39%. Sia nelle sue osservazioni del 4 giugno 2015 (doc. 101) sia nelle identiche argomentazioni ricorsuali, l'assicurato ha fatto presente come il suo miglioramento fisico sia dovuto al fatto di non più essere sottoposto a carichi di lavoro fisico come capotreno, essendo stato prepensionato. Pertanto, non vi sarebbe motivo di ritenerlo ancora abile al 50% in tale attività, non avendo il perito preso in considerazione i carichi di lavoro a cui sarebbe stato sottoposto in quanto tale. In tali circostanze, nemmeno sarebbe possibile un'altra attività al 100%, capacità lavorativa prettamente teorica e che invece dovrebbe essere verificata mediante una prova pratica. Il dr. med. _____ dell'SMR, preso atto di queste osservazioni non corroborate da documentazione medica, il 18 giugno 2015 (doc. 103) ha confermato il parere del collega. Con la decisione del 19 giugno 2015 l'UAI ha quindi soppresso la rendita di invalidità e con il ricorso l'assicurato ha ribadito le medesime argomentazioni, non supportandole con atti medici.

2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 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 rinvi). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF 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, p. 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). Occorre ancora evidenziare che l'allora 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: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. 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). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dal giudice o dall'amministrazione, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...).

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).

2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione. Le problematiche reumatologiche sono infatti state chiarite in modo soddisfacente dal perito che l'amministrazione ha nominato tanto che, senza indizi contrari su un eventuale peggioramento dello stato di salute dell'interessato, l'Ufficio AI non ha ritenuto necessario, a buon diritto, sottoporre quest'ultimo ad ulteriori accertamenti medici di carattere somatico e si è quindi affidato alle conclusioni mediche dello specialista, che entrambi i medici SMR intervenuti sul caso hanno fatto proprie dopo avere comunque valutato tutti gli atti medici a loro disposizione. Vanno quindi ritenute determinanti le conclusioni a cui è giunto lo specialista in reumatologia dr. med. _____ nella perizia del 10 febbraio 2015 allestita per conto dell'Ufficio AI. Alla stessa va dunque riconosciuta forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza esposta (cfr. consid. 2.8). Dal referto agli atti risulta che questo esperto ha attentamente valutato di persona il ricorrente, ha vagliato la documentazione medica messa a sua disposizione, ha eseguito degli esami personali ed obiettivi, ma ha anche preso in considerazione lo status soggettivo dell'interessato. Non va inoltre dimenticato di rilevare che il dr. med. _____ aveva già peritato l'interessato poco più di un anno prima e quindi aveva una maggiore conoscenza del suo stato di salute. D'altronde, è stato lo stesso esperto a stabilire nel novembre 2013 che l'invalidità lavorativa dell'assicurato era totale e in quell'occasione aveva previsto di attendere l'esito di un intervento chirurgico prima di ripronunciarsi sul suo grado di incapacità lavorativa. Il reumatologo aveva inoltre supposto che il cambio di protesi era dovuto ad un'infezione che ha comportato lo scollamento della protesi e, quale terapia, la sostituzione dello stelo. In effetti così è stato e dopo l'operazione che l'assicurato ha subito le sue condizioni di salute, per ammissione del ricorrente stesso

rilasciate al perito reumatologo il 22 gennaio 2015, sono migliorate considerevolmente. Alla luce di queste affermazioni, il parere del medico curante dr. med. _____, medicina generale, in cui ha certificato un'inabilità lavorativa del 100% dal 26 settembre 2011 e ha attestato che " il paziente non è in grado di intraprendere attività lavorativa e fisica ", sembra essere stato superato dagli eventi e dal trascorrere del tempo. D'altronde, esso è stato rilasciato quattro mesi prima, ossia il 16 ottobre 2014 (doc. 78), quando è stato interpellato dall'Ufficio AI. Per di più, non va dimenticato che di principio il referto del medico curante deve essere considerato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che ha con il paziente (STF 8C_454/2015 del 30 maggio 2016 consid. 3.3; DTF 125 V 351 consid. 3b/cc). Dagli atti emerge inoltre che anche il rapporto del 20 novembre 2014 (doc. 79) del dr. med. _____, FMH medicina interna e malattie infettive, che ha avuto in cura l'assicurato per un'infezione alla protesi dell'anca sinistra, ha riconosciuto che lo stato di salute dell'interessato stava migliorando. L'infettivologo ha infatti certificato che " il paziente stava progressivamente riprendendo le normali attività fisiche, in particolare deambulazione ed utilizzo della bicicletta senza difficoltà. ". È proprio in ragione di queste discrepanze nella valutazione del ricorrente che il medico SMR ha ritenuto opportuno sottoporre l'assicurato ad una nuova perizia da parte dello stesso esperto che già l'aveva valutato nel novembre 2013 e quindi che già lo conosceva dal profilo clinico. Come visto, il perito reumatologo ha segnalato più volte che v'era stato un netto miglioramento delle condizioni generali e che persistevano solo i problemi alla schiena già presenti nel 2013. Ciò non significa però che lo specialista non abbia individuato delle limitazioni funzionali della capacità lavorativa del ricorrente. Dopo un approfondito esame clinico della colonna vertebrale, delle estremità superiori ed inferiori, un esame dello status neurologico e la lettura del rapporto della risonanza magnetica alla colonna lombare appena effettuata, il dr. _____ ha ritenuto che, stanti i disturbi alla schiena – per i quali sarebbero stati utili un rinforzo muscolare ed eventuali infiltrazioni -, più che all'anca, l'attività di capotreno potesse essere svolta dall'interessato ancora in ragione di 4 ore al giorno con rendimento pieno e ciò a causa della tenuta della posizione eretta e delle sollecitazioni alle varie vibrazioni che questa attività comporta. Altre attività adeguate che tenessero conto dei limiti stabiliti, come per esempio un lavoro d'ufficio, erano invece esigibili in misura completa, non essendo più l'assicurato sottoposto ai carichi fisici richiesti con l'attività abituale. Di conseguenza, vanno respinte le obiezioni del ricorrente che ha contestato come egli sia stato ritenuto ancora abile al 50% come capotreno rispettivamente abile in qualsiasi altra attività adatta alle sue condizioni di salute. A questo proposito va qui osservato che il miglioramento delle condizioni di salute del ricorrente è avvenuto principalmente grazie all'intervento chirurgico alla protesi dell'anca sinistra, che è stato necessario a causa dell'infezione che era insorta dopo la posa della prima protesi. Questa infezione, come attestato dal perito già nel novembre 2013, ha comportato una totale inabilità lavorativa dell'assicurato e, curandola sostituendo la protesi, come aveva suggerito il dr. med. _____, la situazione sarebbe migliorata. E così è stato, come ha attestato pure l'infettivologo. Questo specialista ha infatti certificato che la deambulazione e l'utilizzo della bicicletta da parte dell'assicurato sono tornati possibili grazie all'intervento di cambio dello stelo della protesi. L'affermazione ricorsuale secondo cui il suo stato sia migliorato solo perché non esercitava più la funzione di capotreno non può quindi essere tutelata. Alla stessa stregua, anche la censura con cui il ricorrente ha messo in dubbio la sua capacità lavorativa del 100% in altre attività adeguate deve essere respinta. Egli, infatti, ha contestato che il suo grado di capacità lavorativa residua sia stato stabilito dal profilo

teorico e non anche pratico e quindi senza una verifica pratica del lavoro e del carico che è in grado di sopportare. Su questo punto si è però già espresso il perito reumatologo, allorquando ha dettagliatamente indicato al punto 9.2.1 che l'assicurato può esercitare altre attività che tengano conto di un cambio di postura da posizione eretta a posizione seduta ogni 2-3 ore, che non implicino il sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10kg e il lavorare a lungo in anteflessione. L'esperto ha indicato, per esempio, un lavoro di ufficio come attività rispettosa di questi limiti. D'avviso di questo Tribunale, non essendo particolarmente invalidanti i limiti da rispettare e quindi essendo numerose le attività teoricamente esigibili da parte del ricorrente, e per di più in ragione del 100%, non si ritiene necessario che egli fosse sottoposto ad una prova pratica per definire con maggiore precisione la possibilità di una reintegrazione professionale. Va infine ricordato che i medici generalisti del Servizio Medico Regionale interpellati dall'Ufficio AI hanno preso atto del referto peritale e l'hanno confermato integralmente più volte, ovvero nel rapporto finale SMR del 2 marzo 2015 del dr. med. _____ (doc. 125) e in quello del 18 giugno 2015 del dr. med. _____ (doc. 103). Dal canto suo, invece, il ricorrente non ha saputo comprovare, a mano di specifica e dettagliata documentazione medica, che il suo stato di salute fosse in realtà peggiore di quello ritenuto dal perito nominato dall'amministrazione prima e dal medico SMR poi (inabilità lavorativa del 50% nella sua attività abituale, ma capace al 100% in qualsiasi altra attività lucrativa adeguata). Inoltre, l'assicurato non ha mai preso concretamente posizione sul rapporto del 2015 del perito dell'Ufficio AI e, di riflesso, del medico SMR dell'Ufficio AI. In altre parole, il referto dello specialista in reumatologia del 10 febbraio 2015, ripreso nel rapporto finale SMR del 2 marzo 2015 e poi ancora nel citato parere di un altro medico SMR interpellato a seguito delle osservazioni al progetto di decisione, non è mai stato confutato da altri specialisti interpellati dal ricorrente. Occorre infine ricordare, alla luce della giurisprudenza esposta concernente il valore probante dei referti medici, che lo specialista interpellato dall'Ufficio assicurazione invalidità ha visitato l'assicurato nelle vesti di perito, mentre gli altri medici che l'Ufficio AI ha contattato sono intervenuti in qualità di suoi medici curanti. Tutto ben considerato, quindi, da un punto di vista medico-teorico globale vanno confermate le chiare e complete conclusioni peritali dell'esperto consultato dall'Ufficio AI in campo reumatologico, che ha peraltro già valutato il ricorrente nel 2013 in occasione della prima domanda di prestazioni e sulle quali si è basato anche il dr. med. _____, medico SMR. Stante quanto precede, d'avviso del TCA, ritenuto quindi che la valutazione peritale del dr. med. _____ da un lato e dei medici SMR _____ ed _____ dall'altro lato, ha potuto chiarire sufficientemente lo stato di salute dell'assicurato, e meglio la sua capacità lavorativa (residua) teorica con attinenza ai disturbi reumatologici, in virtù del principio dell'apprezzamento anticipato delle prove questo Tribunale prescinde dal dare seguito alla richiesta di parte ricorrente di sottoporlo ad una prova pratica del lavoro e del carico. Per di più, in assenza di referti di parte che contraddicano chiaramente le conclusioni peritali, il TCA non può scostarsi dai pareri dello specialista pronunciatisi nel 2013 e nel 2015, su cui si sono fondati anche i medici SMR dell'Ufficio AI dopo avere esaminato l'intera documentazione medica. Come detto, l'insorgente si è limitato a contestare la valutazione e l'agire dell'Ufficio assicurazione invalidità, che non avrebbe sufficientemente vagliato il suo stato di salute. Ciò nonostante, l'assicurato non si è confrontato sufficientemente con i referti allestiti dal perito e dal medico SMR. In virtù della regola secondo cui il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una

mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di attuare un nuovo esame medico, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2015.69 del 19 febbraio 2016; STCA 32.2014.187 del 22 settembre 2015; STCA 32.2014.125 dell'8 luglio 2015; STCA 32.2014.16 del 18 giugno 2014; STCA 32.2012.315 del 30 settembre 2013; STCA 32.2012.299 del 10 settembre 2013; STCA 32.2012.243 del 27 maggio 2013; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). L'SMR, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurato peggiore rispetto a quello determinato da reumatologo intervenuto su nomina dell'Ufficio AI. Il suo giudizio, poi, come visto, non è stato validamente contraddetto dalle argomentazioni dell'assicurato in sede ricorsuale e va pertanto posto alla base del presente giudizio. Il tali circostanze, le lagnanze dell'assicurato devono essere respinte, siccome prive di sostrato medicalmente oggettivabile e il TCA fa dunque proprie le conclusioni formulate dall'Ufficio AI nella determinazione dell'incapacità lavorativa del ricorrente. Va ricordato che importante ai fini dell'attribuzione di una rendita di invalidità è la determinazione della capacità lavorativa dell'assicurato sia nella precedente attività sia in altre adeguate al suo stato di salute. A queste domande il perito ha risposto compiutamente. In conclusione, dal 1° gennaio 2015 il ricorrente è dunque inabile al 50% nell'attività abitualmente esercitata di capotreno, mentre sempre da quella data egli risulta abile al 100% in altre attività che tengano conto dei limiti fissati dal perito reumatologo.

2.8. L'obbligo dell'assicurato di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi discende dall'art. 21 LPGA. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve 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 22 consid. 4a pag. 28; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Occorre anche ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante da una parte un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In

particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (DTF 110 V 273 consid. 4b pag. 276; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 n. 1 pag. 67 consid. 5c). Secondo la dottrina e la giurisprudenza, da un assicurato costretto ad abbandonare la sua originaria professione, si può pretendere soltanto l'esercizio di quelle attività lucrative che - tenuto conto della sua formazione professionale così come delle sue attitudini fisiche ed intellettuali - gli sono effettivamente accessibili su quel mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione per lui (Rumo-Jungo, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurigo 2003, pag. 130 e giurisprudenza ivi menzionata; Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, pag. 205 seg., secondo cui: "Bei einem Wechsel muss die neue Tätigkeit, die Invalidentätigkeit, der Eigenart des Versicherten angepasst sein und hat den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie den Behinderungen des Versicherten zu entsprechen"; Doudin, *La rente d'invalidité dans l'assurance-accidents selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances*, in SZS 1990, pag. 255 seg.). In questo ordine d'idee, il TFA ha stabilito che - trattandosi di lavoratori non qualificati esercitanti, prima di divenire invalidi, un'attività manuale - entrano generalmente in linea di conto soltanto dei lavori di manovalanza oppure altre attività fisiche (Omlin, op. cit., p. 206; RCC 1989, p. 331 consid. 4a). L'Alta Corte ha tuttavia anche precisato che il mercato del lavoro accessibile a questi assicurati non è limitato a tali attività. Nell'industria e nell'artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (SVR 2002 UV 15, p. 49 consid. 3b; RCC 1991, p. 332 consid. 3b, STFA del 20 aprile 2004, U 871/02, consid. 3; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.5). Anche in questo ambito, vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come è il caso per il settore delle prestazioni di servizio. Occorre infine rilevare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TFA ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 consid. 8.2; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.7). Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito deve essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b).

Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia, gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 pag. 100 consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c) 2.9. Come visto, l'amministrazione ha inizialmente applicato il metodo misto per determinare il grado di invalidità. Poi, a seguito della recente sentenza 9C_178/2015 del 4 maggio 2016, destinata alla pubblicazione, l'Ufficio AI ha rilevato che quand'anche si applicasse il metodo di confronto proporzionale dei redditi per determinare l'invalidità dell'assicurato, l'esito non muterebbe. Per l'insorgente, invece, questo metodo non sarebbe applicabile. Dagli atti emerge che il ricorrente, prima dell'insorgenza del danno alla salute, era sposato, non aveva figli minorenni di cui occuparsi siccome nati nel 1981 e nel 1987 (doc. 13) ed era da tempo attivo professionalmente al 90% (docc. 3/3 e 3/9) per poter disporre di maggior tempo libero per sé. Va di conseguenza ritenuto che l'assicurato, non necessitando di un tempo superiore a quello usuale per sbrigare le mansioni consuete, ha volontariamente ridotto al 90% il suo tempo di lavoro per consacrare il restante 10% non alle mansioni consuete ai sensi dell'art. 28a cpv. 2 LAI, ma al suo tempo libero. Tuttavia, la parte non utilizzata della capacità lavorativa non è coperta dall'assicurazione invalidità (STF 8C_846/2015 consid. 6.2 e STF 9C_178/2015 consid. 7.1: "Der nicht verwertete Teil ihrer Erwerbsfähigkeit ist damit nicht versichert"), ossia il tempo libero non è assicurato giusta l'art. 28a LAI in connessione con l'art. 27 OAI. Pertanto, in virtù della precisazione di giurisprudenza illustrata (cfr. in particolare il considerando 7.3 della STF 9C_178/2015 e il considerando 6.3 della STF 8C_846/2015), immediatamente applicabile al caso di specie pendente davanti a questo TCA al momento della sua pubblicazione (DTF 140 V 154 consid. 6.3.2: "Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'appliquent immédiatement et vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement (ex nunc et pro futuro). Elle s'applique donc également, mais sans effet rétroactif, quand l'événement assuré s'est produit avant le prononcé du changement de jurisprudence), per determinare il grado di invalidità dell'assicurato si deve quindi applicare il metodo del confronto proporzionale dei redditi anziché il metodo misto adottato in prima battuta dall'Ufficio AI. 2.10. Riguardo al reddito da valido, ossia il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire al 90% prima che sorgesse il danno alla salute, l'Ufficio AI l'ha fissato per l'anno 2013 in Fr. 90'075.- sulla base del reddito dichiarato dall'ex datore di lavoro dell'interessato (doc. 87). Il ricorrente non ha contestato questo dato, perciò lo stesso può essere posto alla base del calcolo della perdita di guadagno. Dovendo però porsi al momento in cui l'interessato

dovrebbe (continuare a) ricevere la rendita di invalidità, occorre adattare all'evoluzione dei salari nominali questo dato (DTF 128 V 174; DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55) . Per il 2014 dagli atti risulta che il salario percepito al 90% sarebbe ammontato a Fr. 90'452,30 (doc. 87). Considerato il rincaro dello 0,8% stabilito per il ramo economico H/49-53 del Trasporto e magazzinaggio, Servizi postali e di corriere per gli uomini nel 2015 (cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2015, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica in: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/03/04/blank/data/02.html> ; STF 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2), nel 2015 il salario lordo conseguito sarebbe stato pari a Fr. 91'175,92 (Fr. 90'452,30 + [Fr. 90'452,30 x 0,8 : 100]). 2.11. Per quanto concerne il reddito da invalido , la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75, che al considerando 3b/aa ha stabilito che ai fini della fissazione del reddito da invalido è determinante la 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 ").

Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali ufficiali , edite dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Al fine di non discriminare gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, visto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, da alcuni anni questo Tribunale aveva deciso che nell'applicazione dei dati statistici per determinare il reddito da invalido - se necessaria la sua determinazione teorica - occorreva utilizzare la tabella che rifletteva i salari versati nella nostra regione (TA13). L'Alta Corte ha però 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). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza federale U 8/07 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) (...)". Questo tema è stato definitivamente risolto dalla nostra Massima Istanza nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009, in cui ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, 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 seguito, nella STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 l'Alta Corte ha ribadito al considerando 4.2 che i dati di riferimento vanno adeguati in base al principio del parallelismo dei redditi soltanto se è comprovato che l'assicurato non intendeva accontentarsi di un salario modesto. Inoltre, il TF ha ricordato che non vi è una presunzione in tal senso. 2.12. Per quanto concerne il 2014, anno di eventuale ripristino del diritto alla rendita (DTF 128 V 174 = RAMI 2002 U 467 pag. 511 segg.), in assenza di dati salariali concreti occorre basarsi sui dati statistici nazionali e dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2012 (cfr ., a quest'ultimo proposito, la STF 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 destinata a pubblicazione, in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2012 skill level (NOGA08) (RSS 2012 pag. 35, denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; citata STF 9C_632/2015) , si osserva che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; citata STF 9C_632/2015) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato , cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di Fr. 62'520.- (Fr. 5'210.- x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino a porsi al momento in cui l'assicurato dovrebbe ricevere la rendita di invalidità (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55) , per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da invalido si ha per gli uomini un indice totale pari al 100 per il 2010. Tuttavia, il dato salariale di partenza si riferisce al 2012 (Tabella TA1 2012) e non al 2010, perciò occorre dapprima riportare il salario statistico al 2010 senza il rincaro del 2012 e poi aggiornarlo direttamente al 2015. Pertanto, si ha che il salario lordo statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta nel 2015 a Fr. 63'626,55 (Fr. 62'520.- : 101,7 x 103,5) (cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2015, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica in: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/03/04/blank/data/02.html> ; STF 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando ora queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2015 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/02/blank/data/07.html>), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a Fr. 66'330,68 (Fr. 63'626,55 : 40 x 41,7) , ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). 2.13. 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. L'Alta Corte 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). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il TF ha affermato: " 5.4 Contrariamente al potere di apprezzamento del Tribunale federale, quello dell'autorità giudiziaria di primo grado non è per contro limitato alla violazione del diritto (compreso l'eccesso e l'abuso del potere di apprezzamento), ma si estende ugualmente all'esame di adeguatezza della decisione amministrativa ("Angemessenheits-kontrolle"). In tale contesto l'esame verte sulla questione di sapere se un'altra soluzione non sarebbe stata più opportuna rispetto a quella adottata, in un caso concreto, dall'autorità nell'ambito del proprio potere di apprezzamento e pur nel rispetto dei principi generali del diritto. A tal proposito, il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione; deve piuttosto fondarsi su circostanze tali da fare apparire il proprio apprezzamento come quello maggiormente appropriato (DTF 126 V 75 consid. 6 pag. 81; DTF 137 V 71 consid. 5.2 pag. 73 seg.). 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 Invaliden-versicherung [IVG], in: Murer/Stauffner [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). (...)". Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete (cfr. consid. 4.2: "[...] Or, il sied de rappeler qu'il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb p. 80; arrêt 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1). [...] "). Nel caso di specie l'Ufficio AI ha ritenuto una riduzione del 5% per attività leggere e del 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari, per un totale del 10%. Il ricorrente non contesta questa percentuale di riduzione e il TCA la conferma, percentuale che si trova del resto entro i limiti riconosciuti dalla giurisprudenza.

2.14. Ne segue che il reddito statistico ipotetico da invalido rivalutato ammontante nel 2015 a Fr. 66'330,68 va ritenuto nella misura del 100% stante una piena capacità lavorativa residua esigibile dell'assicurato e in seguito questo reddito va diminuito del 10% per tenere conto delle circostanze personali, ottenendo così Fr. 59'697,61 (Fr. 66'330,68 - [Fr.

66'330,68 x 10 : 100]). Confrontando questo dato con l'ammontare di Fr. 91'175,92 corrispondente al reddito da valido che l'assicurato avrebbe conseguito nell'anno 2015 per l'attività di capotreno esercitata al 90% senza il danno alla salute, risulta dunque un'incapacità al guadagno del 34,52% ([Fr. 91'175,92 - Fr. 59'697,61] : Fr. 91'175,92 x 100).

2.15. Alla luce della precisazione apportata dal Tribunale federale nella illustrata STF 9C_178/2015 del 4 maggio 2016, e così pure nelle successive STF 8C_846/2015 del 3 giugno 2016 e STF 9C_17/2016 del 14 giugno 2016 (cfr. consid. 2.2), per individuare il grado d'invalidità globale dell'insorgente che lavorava per scelta personale a tempo parziale al 90% ed il restante 10% lo consacrava al tempo libero, si deve prendere in considerazione soltanto la limitazione percentuale della parte salariata e il grado di invalidità corrisponde alla riduzione proporzionale nell'attività salariata esercitata prima del danno. Si ha dunque che il grado di invalidità risultante dal raffronto dei redditi (34,52%) deve essere proporzionalmente ridotto in funzione del grado di attività salariata esercitata dall'assicurato prima del danno alla salute (90%). Si ottiene quindi un grado di invalidità del 31,07% (34,52% x 90), che va arrotondato al 31% (DTF 130 V 121).

2.16. Alla luce di tutto quanto esposto, dall'inabilità lavorativa del 50% come capotreno il ricorrente non può più trarre un diritto ad una rendita di invalidità dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione impugnata, poiché dal 1° gennaio 2015 la sua capacità lavorativa residua del 100% in altre attività comporta una perdita di guadagno complessiva del 31% che, seppure questo grado differisca da quello individuato dall'Ufficio AI (39%), essendo inferiore al grado minimo pensionabile (40%) non permette l'attribuzione di una rendita giusta l'art. 28 LAI. Questo Tribunale non può quindi che confermare la soppressione della rendita d'invalidità così come stabilito dall'amministrazione e respingere integralmente il ricorso. Al riguardo è comunque utile rilevare che il potere cognitivo del TCA è limitato alla valutazione della legalità della decisione deferitale sulla base dei fatti intervenuti fino al momento in cui essa è stata emanata (DTF 121 V 366; U 29/04 dell'8 novembre 2005). Un eventuale aggravamento dello stato di salute dell'assicurata intervenuto in epoca posteriore alla decisione impugnata può, se del caso, giustificare una nuova domanda (STFA I 816/02 del 4 maggio 2004; STF I 560/05 del 31 gennaio 2007).

2.17. 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'insorgente.

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