

TI_GERICHTE 32.2015.175 vom 9. November 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-11-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.175

FR: TI_GERICHTE 32.2015.175 du 9 novembre 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.175 del 9 novembre 2015

Erwägungen

E. 2

Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (STFA del 29 giugno 2006 nella causa J. e D., H 97/04; DTF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 131 consid. 2b; cfr. riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate). Nel caso di specie non è ravvisabile una violazione del diritto di essere sentito. Infatti, se è vero che l'UAI non ha trasmesso la presa di posizione del 2 ottobre 2015 del medico SMR, dr. med. _____ (doc. AI pag. 804-805), d'altra parte va rilevato che nella decisione impugnata figura che il medico SMR “ ha in sostanza potuto indicare che la nuova documentazione presentata non apporta alcun elemento medico atto a poter modificare le conclusioni alle quali l'amministrazione era giunta ”, riportando in pratica quanto affermato dal dr. med. _____ (doc. AI pag. 805: “ In conclusione, le osservazioni dell'avvocato concernenti i provvedimenti professionale, l'agire dell'UAI e l'esigibilità di un'attività professionale nonché circa la prognosi non sono corredate di alcun documento di carattere medico e pertanto non di competenza del servizio medico) ”. Va del resto rammentato che una violazione del diritto di essere sentito è sanabile se l'interessato, come in concreto, riceve la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso che gode del pieno potere di esame sui fatti e sul diritto (DTF 135 I 279 consid. 2.6.1 pag. 285; 124 V 180 consid. 4a pag. 183). Nel caso di specie, il TCA dispone di un pieno potere di esame in tal senso (cfr. anche sentenza 8C_923/2011 del 28 giugno 2012, consid. 2.3) e, in applicazione del principio inquisitorio, può assumere le prove che ritiene necessarie per il chiarimento della fattispecie (art. 61 lett. c LPG). In concreto con il ricorso l'insorgente ha nuovamente potuto prendere posizione in merito a quanto affermato dal medico SMR e sull'intera documentazione. Inoltre, se avesse voluto visionare l'incarto prodotto dall'UAI, l'interessato avrebbe potuto farne richiesta in ogni momento a questo Tribunale. Non va poi dimenticato che il TF ha già avuto modo di stabilire che è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione se, come in concreto, una simile operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti, cfr. anche sentenza 9C_937/2011 del 9 luglio 2012, consid. 2.3). Per quanto concerne l'assistenza giudiziaria, va rilevato che l'amministrazione si è espressa in merito, accogliendola ed affermando che, circa l'importo, sarebbe stata notificata una decisione separata. Rilevato che la nota

d'onorario è stata trasmessa dalla rappresentante del ricorrente all'UAI in data 10 dicembre 2015 (doc. AI pag. 817), al momento dell'inoltro del ricorso, di medesima data, l'amministrazione, senza la nota d'onorario, non poteva ancora emettere la decisione di tassazione (cfr. anche la lettera di accompagnamento del 10 dicembre 2015 della medesima rappresentante all'UAI, doc. AI pag. 816). Anche in questo caso non vi sono gli estremi per ritenere una violazione del diritto di essere sentito. Il TCA può pertanto entrare nel merito del ricorso. nel merito 2.2. Relativamente al diritto applicabile, deve essere rammentato il principio secondo il quale, per quanto concerne l'aspetto materiale, le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui i fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire dal 1° gennaio 2008, in conformità con le disposizioni che si sono succedute nel tempo. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 LPGA, 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 (G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, p. 216ss.). Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute si è stabilizzato; la seconda lettera se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI, dal 1° gennaio 2008),

per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 pag. 84). Nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Per l'art. 28 cpv. 2 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008, 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%.

2.3. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2010, pag. 379). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi

invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.4. 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.

E. 2.8

Secondo 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 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.--vanno poste a carico dell'assicurato. Quest'ultimo chiede tuttavia di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale disposto mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG Kommentar, Zurigo, Basilea, Ginevra 2009, ad art. 61, n. 102, pag. 788). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 102s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito patrocinio (DTF 121 I 60 consid. 2a con riferimenti; cfr. art. 29 cpv. 3 Cost. fed.; Müller, Grundrechte in der Schweiz, 1999, p. 544). In concreto, dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria emerge che l'insorgente è in assistenza (doc. V/Bis). In tali circostanze l'indigenza deve essere ammessa. Considerato che l'interessato non dispone delle necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appare senz'altro giustificato e che le argomentazioni non erano palesemente destituite di esito favorevole, il TCA ritiene che nella fattispecie siano soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurato, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'insorgente dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; sentenza 32.2011.202 del 16 maggio 2012; STFA del 15 luglio 2003, I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002, U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).

E. 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

sanita-rie, 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 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, 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 (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). 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). 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). 2.5. Nel caso di specie il 16 marzo 2012 il medico SMR, dr. med. _____, ha esposto ed elencato le incapacità lavorative del ricorrente nella precedente professione di falegname (o in attività pesanti) ed in attività adeguate e leggere, confacenti allo stato di salute dell'assicurato, e meglio: " Come falegname o attività pesante: IL 100% dal 9 ottobre 2006 al 13 novembre 2006 IL 50% dal 14 novembre 2006 al 18.03.2007 IL 0% dal 19.03.2007 al 25 marzo 2007 IL 50% dal 26 marzo 2007 al 4 luglio 2007 IL 100% e continua In attività adeguata, lavori leggeri (dunque anche d'ufficio): IL 100% dal 9 ottobre 2006 al 13 novembre 2006 IL 50% dal 14 novembre 2006 al 18.03.2007 IL 0% dal 19.03.2007 al 25 marzo 2007 IL 50% dal 26 marzo 2007 al 4 luglio 2007 IL 100% dal 5 luglio 2007 al 30 aprile 2008 IL 0% dal 1 maggio 2008 e continua" L'8 agosto 2011 l'insorgente è stato visitato dal dr. med. _____, specialista in chirurgia ortopedica FMH, nell'ambito della visita medica _____ della _____. Lo specialista ha tra l'altro affermato che " la sintomatologia e i disturbi dichiarati dall'assicurato sono sovrapponibili con quelli descritti nel rapporto della visita di chiusura del 30.4.2008 " e che " l'esame clinico obiettivo rimane invariato rispetto alla visita del 30.4.2008 e l'esame radiologico non mostra una progressione dell'artrosi post-traumatica ", concludendo che " in base ai dati medici obiettivi non abbiamo segni per un notevole peggioramento della situazione a livello del ginocchio sinistro " (doc. LAINF 69-3). Il 27 ottobre 2011 il dr. med. _____, FMH chirurgia ortopedica e traumatologia, ha proposto un intervento chirurgico di emiprotesi mediale al ginocchio sinistro con ablazione del materiale di osteosintesi. Il 9 novembre 2011 lo specialista ha confermato la necessità dell'intervento, effettuato il 6 febbraio 2012 (doc. LAINF 81-1). L'UAI ha riconosciuto una completa inabilità lavorativa dal 6 febbraio 2012 al 30 aprile 2013, ovvero tre mesi dopo la visita di chiusura della _____. In seguito alle sentenze 32.2013.88 del 21 gennaio 2014 e 32.2014.101 del 1° settembre 2014 e dopo aver ordinato l'allestimento di una perizia ortopedica e di una perizia neurologica l'UAI ha riconosciuto un'incapacità lavorativa completa anche per il periodo successivo al 30 aprile 2013 e meglio fino al 28 febbraio 2014. Circa l'aspetto neurologico, l'insorgente è stato visitato il 1° dicembre 2014 dal dr. med. _____, specialista FMH in neurologia. Nel referto di medesima data lo specialista, descritti l'anamnesi e lo stato neurologico, ha posto la diagnosi di gonalgie sinistre persistenti, dopo ripetuti interventi ortopedici, senza evidenti lesioni dei tronchi nervosi alla gamba sinistra ed ha affermato che: " (...) L'esame neurologico è risultato praticamente normale a parte un deficit antalgico a livello della muscolatura della gamba sinistra, riesce tuttavia a stare sulle punte, sui talloni, deficit sensitivo, senza delimitazione topografica netta, dal carattere piuttosto funzionale, nessuna sindrome lombo-vertebrale, né segni radicolari irritativi o tantomeno deficitari ai membri inferiori. Normale la conduzione motoria sia del nervo peroneo (SPE) sinistro, che del nervo tibiale posteriore sinistro, con attività elettromiografica normale nei muscoli esaminati alla gamba sinistra. Non posso quindi confermare la presenza di danni neurologici consecutivi ai traumi al ginocchio sinistro e ai vari interventi subiti a livello dello stesso. Non posso escludere, che inizialmente l'Assicurato abbia avuto una problematica a livello delle logge muscolari, ma attualmente non se ne riscontrano le conseguenze. Per quel che concerne la capacità lavorativa: dal punto di vista strettamente neurologico l'Assicurato non presenta un'incapacità lavorativa, la problematica è di competenza puramente ortopedica." (doc. AI pag. 702) Con complemento del 12 dicembre

2014 il dr. med. _____ ha confermato la sua valutazione aggiungendo, circa lo stato neurologico, che “ a parte la problematica del membro inferiore sinistro, è risultato normale, nessuna sindrome lombo-vertebrale, né cervico-vertebrale, nessun segno di lateralizzazione, di ipertensione intracranica, porta occhiali da lettura, senza altri problemi visivi, non ha mai accusato malesseri particolari ” (doc. AI pag. 717). L’aspetto ortopedico è invece stato valutato dal dr. med. _____, FMH ortopedia e traumatologia, che ha visitato il ricorrente in data 5 novembre 2014 e nel referto di medesima data, dopo aver descritto l’anamnesi familiare e patologica, le dichiarazioni del paziente e l’esame obiettivo ha posto la diagnosi di gonalgia diffusa in esiti di protesi monocompartimentale al ginocchio sinistro. Lo specialista ha affermato: “ (...) Considerando la diagnosi supposta di una gonalgia che persiste dopo la posa di una protesi mono compartimentale e considerando le indagini strumentali che il paziente ha eseguito nel corso del tempo e i trattamenti riabilitativi che il paziente nel corso degli anni ha eseguito, alla visione delle radiografie che ho a disposizione eseguite nel corso del tempo e l’ultima in febbraio 2014, si osserva un buon posizionamento della protesi che non presenta segni di riassorbimento per quanto riguarda la componente femorale e tibiale, o eventuali mal posizionamento delle stesse. In virtù di questo porrei l’attenzione su una condizione che non è stata ancora valutata, considerando la tipologia del dolore ed il presentarsi di tale dolore, quindi l’esclusione eventuale di una persistenza di uno stato infettivo a livello osseo che varrebbe la pena considerare e che nel corso del tempo potrebbe essere passata in secondo piano. Per tale motivo varrebbe la pena eseguire una valutazione strumentale con un esame di scintigrafia con leucociti più marcati più una scintigrafia al Tecnezio 99 al fine di valutare la presenza o meno di uno scollamento, accompagnati da esami ematocriti con indici infiammatori (vedi PCR, procalcitonina).” (doc. AI pag. 697) Il dr. med. _____ ha poi affermato che l’insorgente è inabile al lavoro al 100% per l’attività abituale, mentre potrebbe svolgere un’attività adeguata che non sovraccarichi il ginocchio sinistro, che mantenga uno stato di riposo, per esempio in posizione seduta con un carico 0. Il 5 dicembre 2014 il medico SMR, dr. med. _____ ha chiesto ulteriori precisazioni al perito (doc. AI 234) ed ha informato la _____ che non sarebbe stato effettuato l’esame prospettato dal dr. med. _____, poiché non ha ripercussioni immediate sulla capacità lavorativa ma piuttosto sull’iter terapeutico (doc. AI 235). Il 17 marzo 2015 l’insorgente è nuovamente stato visitato dal dr. med. _____, il quale dopo aver descritto gli esami eseguiti, ha affermato: “ (...) La capacità di lavoro nell’attività abituale del paziente in ambito dei distretti indagati oggi non ha alcuna eventuale riduzione sulla capacità lavorativa stessa e questo in ambito della colonna vertebrale indagata e degli altri distretti indagati e, per quanto riguarda tali distretti, non vedrei un rendimento globalmente ridotto nell’arco dell’intera giornata lavorativa e quindi il paziente ha una capacità totale ed appieno. Vedo invece una capacità lavorativa residua in ambito specifico dei distretti indagati oggi un rendimento pieno. Facendo riferimento alla capacità di lavoro in una attività adeguata sempre nella specifica dei distretti indagati oggi, non vi sono problematiche particolari perché questo non presenta dei limiti: la dismetria che è stata riscontrata oggi infatti ha eventualmente iper-caricato il ginocchio sinistro è questo veniva già segnalato nella perizia precedentemente inviataVi. Non vi sono quindi dei limiti particolari se non legati ad un eventuale limite di carico che però non è ascrivibile ad oggi.” (doc. AI, pag. 731) Il medico SMR, il 31 marzo 2015, posta la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di gonalgie persistenti a sinistra dopo ripetuti interventi ortopedici, senza evidenti lesioni dei tronchi nervosi alla gamba sinistra, ricostruzione del legamento crociato anteriore e

meniscectomia mediale selettiva (1993), gonartrosi mediale a sinistra, osteotomia valgizzante (2007), asportazione del materiale da osteosintesi e posa di protesi monocompartimentale al ginocchio sinistro (6 febbraio 2012), l'ulteriore diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di gonartrosi vara a destra e la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di dismetria dell'arto inferiore destro di 7-8 mm rispetto al sinistro, alluce valgo bilaterale, tabagismo, obesità ha confermato la completa incapacità lavorativa nella precedente professione di falegname dal 9 ottobre 2006 al 13 novembre 2006, un'incapacità lavorativa del 50% dal 14 novembre 2006 al 18 marzo 2007, un'incapacità lavorativa dello 0% dal 19 marzo 2007 al 25 marzo 2007, un'incapacità lavorativa del 50% dal 26 marzo 2007 al 4 luglio 2007 e un'incapacità lavorativa totale dal 5 luglio 2007 ed ha accertato le seguenti incapacità lavorative in un'attività leggera e confacente al suo stato di salute, con carico massimo di 5 kg, e meglio per un'attività sedentaria e leggera, con deambulazione limitata in tragitti brevi, dove deve evitare di salire e scendere ripetutamente le scale e di portare pesi: 100% dal 9 ottobre 2006 al 13 novembre 2006, 50% dal 14 novembre 2006 al 18 marzo 2007, 0% dal 19 marzo 2007 al 25 marzo 2007, 50% dal 26 marzo 2007 al 4 luglio 2007, 100% dal 5 luglio 2007 al 30 aprile 2008, 0% dal 1° maggio 2008 al 9 febbraio 2012, 100% dal 10 febbraio 2012 al 30 novembre 2013, 0% dal 1° dicembre 2013 (doc. AI pag. 734), conformemente a quanto stabilito anche dalla _____ sulla base del referto del 6 novembre 2013 del dr. med. _____ (doc. _____ pag. 495). Alla luce di quanto sopra, questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalle perizie effettuate dall'amministrazione e che sono conformi alle condizioni poste dalla giurisprudenza per conferire loro piena forza probatoria (cfr. consid. 2.4). I periti, che hanno visitato il ricorrente, si sono infatti fondati su tutti gli atti medici messi loro a disposizione, hanno effettuato esami supplementari e si sono espressi su tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato. Dopo aver descritto l'anamnesi ed aver posto le diagnosi, si sono espressi sulla capacità lavorativa del ricorrente, motivando le loro conclusioni. L'insorgente, che chiede l'allestimento di una perizia bidisciplinare ortopedica e neurologica fuori Cantone, non apporta tuttavia elementi medici oggettivi atti a sovvertire le convincenti conclusioni degli specialisti, dr. med. _____ e _____, ma si limita a trasmettere una foto, a suo dire attuale, del suo ginocchio, affermando di essere ricoverato in clinica dopo essersi sottoposto ad un intervento di artroscopia al ginocchio, su indicazione del perito e del suo medico curante, dr. med. _____, al fine di effettuare "una sorta di pulizia di detto ginocchio" (doc. I). Egli non ha trasmesso alcun documento medico poiché ritiene che eventuali referti da lui prodotti sarebbero considerati pareri di parte con tutti i limiti che tali mezzi di prova costituiscono. A torto. Infatti, se è vero che la procedura dinanzi al Tribunale delle assicurazioni sociali è retta dal principio inquisitorio ed il Tribunale accerta d'ufficio, con la collaborazione delle parti, i fatti rilevanti per il giudizio, assume le prove necessarie e le apprezza liberamente (cfr. art. 61 LPG), d'altra parte questo principio non è tuttavia incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare (DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti; RAMI 1994 pag. 211; AHI Praxis pag. 212; DLA 1992 pag. 113; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; Spira, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, in: Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJN) 1984 pag. 16; Kurmann, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege in erster Instanz, in: Luzerner Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungsrecht, Referat XII, pagg. 5 segg.). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare,

nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1993 pagg. 158-159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92; DTF 115 V 113; Beati in: Relazioni tra diritto civile e assicurazioni sociali, Lugano 1993, pag. 1 seg). L'obbligo di accertamento d'ufficio dei fatti, correlato dal dovere di collaborazione delle parti, non rende comunque privo d'efficacia il principio secondo cui l'onere della prova incombe alla parte che da un fatto deriva un suo diritto e del conseguente fardello in caso di mancata prova. L'art. 8 CC prevede infatti che, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova. In concreto l'insorgente, se avesse voluto contestare nel merito le perizie ordinate dall'UAI, avrebbe dovuto produrre documentazione medica atta a perlomeno sollevare dubbi circa la loro fedeltà. Infatti, in una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti (cfr. anche la sentenza 8C_698/2015 del 6 gennaio 2016, consid. 2.2). Inoltre in una sentenza 9C_816/2014 del 17 dicembre 2015 il TF ha confermato la pronuncia del 20 ottobre 2014 di questo Tribunale che si è scostato dalla perizia del SAM e si è fondato sulle valutazioni del medico curante. L'Alta Corte ha affermato, al consid. 5.2: " (...) L'Ufficio ricorrente sottolinea come una perizia effettuata su mandato dell'amministrazione sia di regola da preferire a quella del medico curante. È vero che, secondo l'esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353). Tuttavia, come indicato dal Tribunale cantonale, questa circostanza non è di per sé sufficiente per privare un referto di parte di qualsiasi carattere probatorio. Infatti, per valutare un rapporto medico, è determinante 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, 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 (DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160). Ora, le argomentazioni sviluppate dall'UAI, di carattere generale sulla presunta superiorità di una perizia amministrativa su una perizia di parte, non sono atte a rendere arbitrario l'apprezzamento del Tribunale cantonale in merito al grado di capacità lavorativa residua dell'assicurata in attività confacenti allo stato di salute. Lo stesso si può dire per l'insorgenza dell'aggravamento dello stato di salute dell'interessata che, a mente dei giudici cantonali, può essere fatta risalire al ricovero dal 21 febbraio all'8 marzo 2012 presso la clinica E. _____ per i noti problemi psichiatrici. L'UAI critica la valutazione del Tribunale cantonale per il motivo che questo rapporto non si pronuncia sull'incapacità di lavoro dell'interessata. Questa censura è infondata in quanto

si tratta di un rapporto riassuntivo redatto a fine soggiorno che non aveva per compito di esaminare la capacità lavorativa residua dell'interessata. Alla luce di quanto precede, si poteva pertanto - senza arbitrio e senza violare il diritto di essere sentito dell'assicurato - prescindere dal disporre ulteriori accertamenti e in particolare rinunciare a una perizia medico-giudiziaria come richiesto dall'UAI in via subordinata (v. anche DTF 135 V 465).”

In concreto tuttavia l'insorgente si limita a chiedere una nuova perizia, senza produrre alcunché, se non una foto del suo ginocchio. Ciò non è manifestamente sufficiente per mettere in dubbio le conclusioni peritali in ambito neurologico ed ortopedico. Non vi sono neppure gli estremi per procedere con una perizia psichiatrica. Come già indicato nella sentenza 32.2013.88 del 21 gennaio 2014 di rinvio, in assenza di qualsiasi certificato medico che attesti la presenza di una patologia psichica invalidante, non si giustifica l'allestimento di un referto specialistico. Quanto alla richiesta di far allestire una perizia fuori Cantone poiché l'UAI avrebbe avuto atteggiamenti ostili nei suoi confronti, va qui evidenziato che conformemente alla giurisprudenza (ripresa in STFA I 429/04 del 13 aprile 2006, consid. 2.4), per i periti valgono di principio gli stessi motivi di astensione e di riconsunzione previsti per i giudici (DTF 120 V 364 consid. 3a). Di conseguenza, un perito dev'essere considerato parziale in presenza di circostanze atte a fare diffidare della sua imparzialità. La parzialità è uno stato interiore difficilmente dimostrabile. Per riconsunzionare un perito non è pertanto necessario provare che egli sia effettivamente parziale. È sufficiente l'esistenza di elementi che permettano di motivare l'apparente parzialità e il rischio di prevenzione. Nel valutare l'apparenza di parzialità e l'importanza di tali circostanze non ci si può tuttavia basare sulle sensazioni di una parte. La sfiducia nel perito deve piuttosto apparire fondata da un profilo oggettivo (DTF 125 V 353 seg. consid. 3b/ee, 123 V 176 consid. 3d; VSI 2001 p. 109 seg. consid. 3b/ee; RAMI 1999 no. U 332 pag. 193 consid. 2a/bb con riferimenti). Poco importa dunque che certi atteggiamenti di un magistrato o di un perito possano essere avvertiti dal riconsunzionante come espressioni di parzialità. Decisivo è chiarire se tali impressioni soggettive appaiano anche oggettivamente fondate (DTF 116 Ia 137 consid. 2a e 2b). Considerata la rilevanza che rivestono i rapporti medici nel diritto delle assicurazioni sociali, l'imparzialità del perito deve essere valutata con rigore (DTF 123 V 176 consid. 3d, 120 V 364 consid. 3). Sempre conformemente alla giurisprudenza (esposta nella citata STFA I 429/04, consid. 2.5), semplici dissapori tra il giudice, rispettivamente il perito, e una parte non giustificano una riconsunzione del magistrato, rispettivamente del perito, a meno che denotino una riconoscibile prevenzione (RDAT 1976 pag. 62). Per legittimare una riconsunzione non basta nemmeno un'antipatia, ancorché dichiarata, ma occorre un'avversione marcata, grave e profonda (Poudret, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, vol. I, n. 4.2 all'art. 23 OG). L'avversione non può inoltre risalire troppo in là nel tempo (Alfred Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in: PJA 1999 pag. 570). Ora, a prescindere dalla circostanza che l'insorgente non ha contestato, entro i termini assegnati, la nomina dei dr. med. _____ e _____, l'interessato non fa neppure valere motivi oggettivi che potrebbero fare in qualche modo ritenere che gli specialisti sarebbero stati parziali. Come visto, semplici dissapori o una semplice antipatia, in concreto neppure presenti, non sono atti a mettere in dubbio l'imparzialità dei periti. Neppure può essere riscontrata un'ostilità particolare da parte dei funzionari dell'UAI. Non è infatti sufficiente che i medesimi funzionari dell'amministrazione si siano già espressi precedentemente, ritenuto che detta evenienza non basta per mettere in dubbio la parzialità dei periti, dei consulenti e/o degli altri funzionari e di concludere che ciò non permetta loro di prestare l'opera secondo scienza e

coscienza e con perfetta imparzialità attenendosi al compito che è stato loro affidato (cfr. circa la ricsa, respinta, di un perito designato per un perizia in ambito AI e che aveva già eseguito una perizia in ambito LAINF, la sentenza 32.2012.59 del 5 giugno 2012). Infatti un intero tribunale (e di conseguenza i periti e i consulenti del SAM [cfr. DTF 120 V 364 consid. 3]), non può essere ricsato per il semplice motivo che, in un procedimento anteriore, ha deciso a sfavore dell'attuale ricorrente (cfr. DTF 114 Ia 278 consid. 1). Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo Tribunale deve concludere che quanto accertato dai periti incaricati dall'UAI e confermato dal medico SMR, dr. med. _____, va tutelato. A proposito del medico SMR non va del resto dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurati-ve, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). In queste condizioni le richieste del ricorrente di far allestire una perizia neurologica, ortopedica e psichiatrica, se possibile fuori Cantone, di sentire il perito dr. med. _____, nonché il curante, dr. med. _____ vanno respinte. Circa il richiamo dell'incarto AI e della _____, va rilevato che con la risposta di causa l'UAI ha prodotto l'intero incarto, comprendente gli atti dell'assicuratore contro gli infortuni. Del resto l'insorgente non fa valere la presenza di altri atti che non sarebbero stati presi in considerazione (cfr. H 258/03 del 14 aprile 2005, nonché sentenza 32.2014.97 del 18 maggio 2015, consid. 2.5). Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Va infine qui sottolineato che se, successivamente all'emissione della decisione impugnata del 9 novembre 2015, l'insorgente ritiene che vi sia stato un peggioramento del suo stato di salute, può inoltrare una nuova domanda di prestazioni.

2.6. Il ricorrente contesta la riqualifica professionale cui è stato sottoposto, facendo valere una serie di disguidi che sarebbero occorsi e che avrebbero peggiorato la sua patologia al

ginocchio. Va in primo luogo rilevato che laddove l'insorgente sostiene che non avrebbe avuto diritto ad una riforma professionale poiché il suo grado d'invalidità sarebbe stato inferiore al 20%, la sua censura va respinta. Innanzitutto avrebbe dovuto opporsi d'acchito alla riforma professionale. Invece, dopo che l'UAI aveva deciso di non far intraprendere all'interessato alcuna riqualifica, è lo stesso ricorrente ad aver chiesto per iscritto di poter beneficiare di questa opportunità (doc. AI pag. 127, pag. 136 e pag. 145). Del resto, la circostanza che l'interessato ha potuto seguire una riforma professionale grazie alla quale ha conseguito un diploma di impiegato del commercio al dettaglio AFC, sottoponendosi agli esami finali e superandoli, consentendogli in questo modo di recuperare una capacità di guadagno, è semmai un vantaggio spendibile sul mercato del lavoro. L'interessato sostiene tuttavia di essere stato formato come " venditore di auto " (cfr. ricorso del 25 aprile 2013, doc. AI pag. 411) ciò che corrisponderebbe all'attività di magazziniere e non di impiegato di commercio. A torto. Infatti, come emerge dalla presa di posizione dell'8 gennaio 2013 della consulente in integrazione dell'UAI, l'attività di riqualifica svolta dall'interessato nel periodo di riforma corrisponde proprio a quella di impiegato del commercio al dettaglio AFC: "(...) Impiegato del commercio al dettaglio AFC: Gli impiegati del commercio al dettaglio lavorano in negozi. Sono a disposizione della clientela per servirla e consigliarla negli acquisti, provvedono agli acquisti, provvedono all'acquisizione delle merci e alla relativa gestione. Le principali mansioni degli impiegati del commercio al dettaglio sono: gestione delle merci / vendita e servizio alla clientela / lavori amministrativi. L'attività degli impiegati del commercio al dettaglio varia a dipendenza dell'opzione scelta: consulenza oppure gestione delle merci . La scelta dell'opzione avviene già al momento della firma del contratto di tirocinio. Per quanto riguarda l'impiegato del commercio al dettaglio svolto in un garage non vi è l'opzione di consulenza quale scelta di formazione in quanto i giovani che iniziano la formazione non hanno ancora la patente dell'auto. Per tale motivo vi è l'opzione gestioni delle merci. Questa scelta è stata definita dai responsabili della Formazione nel Commercio al dettaglio in Svizzera. Gestione merci significa che la persona si occupa dei pezzi di ricambio per quanto riguarda l'ordinazione e la vendita (gestione entrata – uscite: etichettare la merce, ecc.). Durante il percorso scolastico, viene trattato sia la parte della consulenza sia la parte della gestione delle merci. Le persone che hanno scelto l'opzione consulenza, durante l'ultimo semestre dell'ultimo anno, effettueranno delle lezioni in più in questa tematica mentre chi ha scelto l'opzione gestione delle merci farà più ore in questo ambito. Durante l'esame pratico finale viene valutato sia la parte della consulenza sia la parte della gestione delle merci (verrà valutato maggiormente la parte opzionale). La persona, avendo il diploma di impiegato al dettaglio, ha comunque sia conoscenze nel ramo della consulenza sia nella gestione merce. Ricapitolando Denominazione professione: impiegato del commercio al dettaglio AFC (possibilità di scegliere opzione consulenza o gestione delle merci). Ramo di formazione e di esame: in questo caso gestore pezzi di ricambio (ramo di formazione e di esame definito dalla Formazione nel Commercio al dettaglio in Svizzera). Si rammenta che qualsiasi sia il ramo scelto (si veda lista allegata A) il diploma ottenuto è quello di impiegato del commercio al dettaglio AFC (si veda allegato B)! Titolo ottenuto: attestato federale di capacità (AFC) come impiegato del commercio al dettaglio. Al termine della formazione la persona riceve l'attestato federale di capacità come Impiegato del commercio al dettaglio AFC e lo può utilizzare nei vari ambiti ossia: costruzione e abitazione, servizi, alimentari, ecc.. Si rammenta inoltre che tutte queste informazioni vengono ripetute all'inizio della formazione scolastica. Impiegato in logistica AFC Gli impiegati in logistica

sono professionisti specializzati nel campo dell'approvvigionamento, del trasporto e dello stoccaggio dei materiali e dei prodotti. Ogni prodotto, dall'arrivo in magazzino o nel deposito, fino alla partenza, al trasporto e alla distribuzione, presuppone varie operazioni svolte dagli impiegati in logistica, qui di seguito elencate: - ricezione merci, - trasporto, - immagazzinamento, - distribuzione – spedizione Nell'esercizio della loro professione sono attenti al rispetto dell'ambiente, della salute e della sicurezza evitano di causare inutili rifiuti, sanno maneggiare e smaltire sostanze pericolose, prevenire gli infortuni, mantenere puliti locali e attrezzature. Si nota quindi la differenza nelle due professioni” (cfr. doc. AI pag. 423/424) La consulente in integrazione dell'UAI ha poi descritto nel dettaglio, alle pag. da 2 a 5 della presa di posizione dell'8 febbraio 2013, il percorso effettuato dal ricorrente, ha spiegato diffusamente le ragioni per le quali la riformazione seguita dall'assicurato è stata conclusa con successo tramite l'ottenimento di un diploma di impiegato di commercio al dettaglio ed ha evidenziato tutti gli sforzi messi in atto dall'UAI per permettere all'insorgente di terminare la formazione, con la ricerca di un datore di lavoro idoneo (doc. AI pag. 425-426). Lo stesso insorgente il 20 marzo 2010 aveva del resto chiesto informazioni indicando che stava svolgendo una “ riqualifica professionale del commercio al dettaglio ” (cfr. doc. AI pag. 196 e doc. AI pag. da 423 a 428). Infine, circa l'asserito peggioramento dello stato di salute nel corso della riqualifica professionale va rilevato come la questione è stata sottoposta al medico SMR, dr. med. _____, che il 29 agosto 2011 ha valutato la fattispecie e rilevato che “ non sussiste un significativo peggioramento del quadro clinico come neppure dello stato funzionale che appaiono sovrapponibili a quelli del 2008. L'assicurato è sempre considerato abile al lavoro in misura massima possibile come impiegato di commercio al dettaglio ” (doc. AI pag. 258). Alla luce di quanto sopra non vi sono pertanto motivi per ritenere che l'interessato abbia dovuto subire una riqualifica professionale “ sbagliata ” per rapporto alla sua patologia. Considerato che l'insorgente, oltre ai periodi, non contestati, per i quali la prestazione gli è già stata riconosciuta (3/4 di rendita dal 1° ottobre 2007 al 31 dicembre 2007, rendita intera dal 1° gennaio 2008 al 31 luglio 2008 e dal 1° febbraio 2012 al 28 febbraio 2014), chiede di essere messo al beneficio di una rendita intera dal 1° agosto 2008 al 30 (recte: 31) gennaio 2012 e dal 1° marzo 2013 (recte: 2014; doc. I e A; tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute dal 1° dicembre 2013 quando la _____ ha cessato il versamento di ogni prestazione) resta da esaminare, applicando l'abituale raffronto dei redditi, se l'interessato ha diritto ad una rendita dal 1° agosto 2008 e/o dal 1° marzo 2014. 2.7. L'insorgente non sembra censurare esplicitamente il calcolo effettuato dall'UAI. Ritenuto tuttavia che, perlomeno indirettamente, rimanda al ricorso del 25 aprile 2013, dove il calcolo del grado d'invalidità era stato contestato, questo TCA analizzerà anche questo aspetto. 2.7.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso 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 no. 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 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). In una sentenza I 696/01 del 4 aprile 2002 al consid. 3b)aa) e seguenti il TF ha dovuto giudicare il caso di un garagista indipendente che contestava l'ammontare del reddito da valido preso in considerazione dal Tribunale cantonale e dall'amministrazione. Sulla base del reddito registrato nel conto individuale, entrambe le autorità avevano ritenuto che l'interessato avrebbe potuto conseguire un reddito massimo di fr. 20'000 ("Verwaltung und Vorinstanz gehen gestützt auf die Einträge im IK des Beschwerdeführers davon aus, dass dieser im Gesundheitsfall höchstens ein Einkommen in der Höhe von Fr. 20'000.- erzielen würde. In der Tat ist den betreffenden Einträgen zu entnehmen, dass der damals selbstständigerwerbende Garagist Einkünfte von jährlich höchstens Fr. 16'300.- (1986/87) und Fr. 16'500.- (1994/95) sowie Fr. 15'300.- (1996/97) erzielt habe. So besehen ist es nicht zu beanstanden, wenn Verwaltung und Vorinstanz das Valideneinkommen auf Fr. 20'000.- festgelegt haben, wobei die Gründe, warum der Beschwerdeführer nicht ein höheres Einkommen verabgibt hat, keiner näheren Erörterung bedürfen"). Per l'Alta Corte tuttavia la circostanza che il ricorrente durante numerosi anni ha esercitato un'attività indipendente conseguendo redditi inusualmente bassi, che neppure permettevano un'esistenza dignitosa, non è di per sé decisiva per la fissazione del reddito da valido ("bb) Verwaltung und Vorinstanz übersehen nun aber den folgenden entscheidenden Punkt: Dass der Versicherte in der Vergangenheit einen Einmannbetrieb führte und sich in diesem Rahmen während Jahren mit unüblich tiefen, kaum existenzsichernden Erwerbseinkommen begnügte, ist für die Festlegung des Valideneinkommens als solchen nicht entscheidend."). Ciò, perché il reddito da valido di soli fr. 20'000 poteva essere imputato all'allora ricorrente solo se sulla base di elementi concreti si poteva concludere che quale persona sana e completamente abile al lavoro si sarebbe accontentata di un guadagno marginale ("Denn das Valideneinkommen ist nicht eine vergangene, sondern eine hypothetische Grösse. Ein Valideneinkommen von bloss Fr. 20'000.- kann dem Beschwerdeführer daher nur dann angerechnet werden, wenn auf Grund der konkreten Verhältnisse seines Einzelfalles anzunehmen ist, dass er sich auch als gesunder, voll leistungsfähiger Berufsmann mit einer solchen Randexistenz begnügen würde."). Nel caso che il TF era stato chiamato a giudicare sulla base degli atti non era tuttavia possibile concludere in tal senso ("Gerade dies kann nach Lage der Akten im Falle des Beschwerdeführers nicht gesagt werden") ed ha preso in

considerazione quale reddito da valido quello di un meccanico qualificato figurante nelle usuali tabelle RSS poiché occorre ritenere che l'interessato, se non fosse divenuto invalido, avrebbe abbandonato la sua attività indipendente. In una sentenza 8C_611/2007 del 23 aprile 2008, a proposito del reddito da valido di un consulente assicurativo che aveva conosciuto delle forti variazioni annuali del proprio salario il TF non ha censurato la presa in considerazione, da parte dell'autorità inferiore, della media del reddito conseguito dall'assicurato negli ultimi tre anni ("Wegen starker Lohnschwankungen von Jahr zu Jahr stellte das kantonale Gericht zur Bemessung des Valideneinkommens auf den Durchschnittsverdienst der letzten drei Jahre vor Eintritt des Gesundheitsschadens ab. Als Bezugsgrösse wählte es die im Individuellen Konto der gemeldeten beitragspflichtigen Einkommen (Art. 30ter Abs. 1 AHVG und Art. 135 ff. AHVV) ausgewiesenen, vom Arbeitgeber bestätigten Lohnsummen"), ma ha rinviato la causa all'autorità inferiore per una determinazione più precisa del salario percepito dopo ulteriori accertamenti in ambito fiscale. In sostanza l'Alta Corte ha stabilito che se da una parte il reddito da valido può, di principio, essere evinto dalle registrazioni figuranti nel conto individuale della persona assicurata, a quest'ultima non può essere impedito di comprovare che il reddito ivi registrato non corrisponde a quello effettivamente conseguito. Con sentenza 8C_626/2011 del 29 marzo 2012, in un caso di un assicurato attivo quale indipendente nell'ambito della pulizia, il cui reddito è variato notevolmente nel corso degli anni, il TF, dopo aver rammentato il contenuto della sopra citata sentenza I 696/01 del 4 aprile 2002, ha affermato che nel preciso caso di specie, alla luce delle notevoli variazioni del reddito, non andava presa in considerazione la media degli introiti degli ultimi tre anni, ma degli ultimi 12. Con sentenza 9C_751/2011 del 30 aprile 2012, il TF ha giudicato il caso di un'assicurata che aveva percepito nel corso dell'ultimo anno in cui ha svolto un'attività dipendente (1999), prima di avere problemi di salute, un reddito nettamente superiore rispetto a quello conseguito negli anni precedenti. L'Alta Corte ha tutelato la decisione dei giudici cantonali che avevano preso in considerazione, quale reddito da valido, la media degli ultimi 3 anni (dal 1997 al 1999; cfr. consid. 4.1: "[...] Il ressort en effet des constatations de la juridiction cantonale que l'intimée a obtenu en 1999 un revenu nettement plus élevé que ceux réalisés les années précédentes, alors qu'elle a travaillé auprès du même employeur jusqu'à la fin de cette année-là. Ainsi, son salaire avait évolué de la manière suivante: 49'140 fr. (1995), 54'833 fr. (1996), 57'486 fr. (1997), 56'110 fr. (1998) et 69'651 fr. (1999). Dans un tel cas, lorsque le dernier salaire obtenu par l'assuré avant la survenance de l'invalidité est nettement plus élevé que les revenus obtenus jusqu'alors, il ne peut servir de référence pour le revenu sans invalidité que s'il est établi, selon la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à réaliser un tel salaire (arrêt 9C_5/2009 du 16 juillet 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 IV n° 58 p. 181). L'intimée ne fait valoir aucun argument qui permettrait de considérer qu'elle aurait continué à gagner un salaire ayant subi une augmentation majeure par rapport à celles accordées les années précédentes et d'établir que cette majoration n'était pas due, comme on peut le penser, à la fin des rapports de travail. La juridiction cantonale était donc en droit de ne pas se référer uniquement au dernier salaire obtenu en 1999, mais de déterminer le revenu sans invalidité à l'aide d'une moyenne des salaires obtenus dans les trois années précédentes."). Con sentenza 9C_5/2009 del 16 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 58, pag. 181, il TF ha stabilito che se l'ultimo salario conseguito prima del danno alla salute è notevolmente superiore alla media, va preso in considerazione quale reddito da valido solo se può essere stabilito, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, che l'assicurato avrebbe

continuato a conseguirlo (cfr. anche sentenza 8C_671/2010 del 25 febbraio 2011, consid. 4.5.1). 2.7.2. In concreto, nel precedente ricorso del 25 aprile 2013 (doc. I, inc. 32.2013.88) l'insorgente aveva affermato da una parte che " è stato considerato un salario di fr. 65'893.- con specifico riferimento e rimando al salario _____ " e non di fr. 7'000.- come da lui chiesto e dall'altro che la _____, ancora in sede di decisione 4 aprile 2013 nel calcolo dell'indennità per la menomazione dell'integrità, ha utilizzato quale reddito di riferimento fr. 97'200.-. Va subito rilevato che il salario di fr. 97'200 utilizzato dalla _____ non corrisponde a quello conseguito dall'interessato nella sua ultima professione, bensì all'importo massimo del guadagno che viene preso in considerazione per il calcolo dell'indennità per la menomazione dell'integrità (cfr. art. 25 LAINF e 22 e 36 OAINF) e che nel 2016 ammonta a fr. 148'200 (art. 22 cpv. 1 OAINF). Esso non corrisponde di conseguenza al salario da valido. Nel caso di specie dagli atti emerge che nel corso del primo incontro tra la consulente in integrazione e il ricorrente, avvenuto il 12 settembre 2008, quest'ultimo è stato interpellato circa il reddito conseguito negli ultimi anni (doc. AI, pag. 117). L'insorgente ha affermato che in qualità di gerente della _____ non percepiva un salario regolare mensile, ma prelevava al bisogno e secondo l'incasso. Egli ha inoltre rilevato che " teneva una contabilità ma non ufficiale (non ha niente di cartaceo). All'inizio aveva anche un contabile (...). La contabilità non è mai stata completata. L'azienda è stata aperta a settembre 2005 e ad ottobre 2006 è subentrato il danno alla salute. La ditta è fallita il _____2007 (recte: _____; cfr. doc. AI pag. 114). L'A. dichiara che per il primo anno contabile aveva definito un reddito mensile pari a Fr. 3'500.- e poi sarebbe aumentato a Fr. 7'000 " (doc. AI, pag. 117). Successivamente l'assicurato ha trasmesso le buste paga degli anni 2004/2005, da cui risulta nel 2004 un'attività per la _____ per un salario lordo mensile di fr. 4'730 (cfr. doc. AI pag. 101 e seguenti) e nel 2005 un salario lordo inferiore ai fr. 4'000 al mese per un'attività esercitata per la _____ (doc. AI pag. 108 e seguenti). Dagli accertamenti svolti dall'UAI è inoltre emerso che per il 2005 ed il 2006 l'interessato non ha presentato alcuna dichiarazione fiscale ed è stato tassato d'ufficio, nel 2006 sulla base di un reddito di fr. 45'000 (nel 2005 fr. 40'000, doc. AI, pag. 78, nel 2004 fr. 51'985). Per il 2007 nella dichiarazione dei salari è stato esposto un reddito mensile di fr. 7'000 (annuo di fr. 91'000) che la Cassa di compensazione ha ritenuto per la fissazione dei contributi sociali. Da parte sua la _____ per il calcolo delle indennità giornaliere ha preso in considerazione un reddito di fr. 3'500, come dichiarato nella notifica di infortunio della _____ di proprietà del ricorrente (doc. AI, pag. 118). L'UAI, ha quindi rilevato che " risulta arduo stabilire il reddito da valido in quanto la ditta _____ è stata attiva per un piccolo periodo (meno di tre anni) è dunque difficile definire quale evoluzione avrebbe avuto tale attività / azienda " ed ha deciso di verificare i redditi conseguiti (tassazioni) da alcune ditte nello stesso settore / ramo della ditta _____ (falegnameria e montaggio tende; cfr. doc. AI pag. 119). Il 5 dicembre 2008 l'UAI ha stabilito che i redditi lordi conseguiti nel 2006 da artigiani attivi quali indipendenti o in seno alla propria Sagl, nell'ambito di lavori di falegnameria, rispettivamente montaggio tende da sole, lamelle, principalmente in zona _____, _____, ammonta in media a fr. 64'944. Alla luce della giurisprudenza riportata al consid. 2.7.1, l'agire dell'amministrazione va tutelato. Ritenuta la difficoltà a stabilire con precisione il reddito che l'interessato, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute, rilevata l'assenza di dati fiscali, accertato che negli ultimi anni aveva lavorato dapprima come dipendente per numerose ditte conseguendo redditi mensili lordi inferiori ai fr. 5'000

mensili (2004-2005) ed in seguito, dal 1° novembre 2005, quale dipendente della propria società a garanzia limitata quando ha conseguito inizialmente un reddito di fr. 3'500 e poi nel 2007 di fr. 7'000 al mese ed essendo quest'ultimo salario particolarmente elevato, anche perché conseguito quando l'insorgente era già inabile, perlomeno parzialmente, al lavoro (l'infortunio è avvenuto il 2 ottobre 2006; cfr. doc. _____ pag. 16 e 20), è a giusta ragione che l'UAI ha fatto capo ai redditi percepiti da artigiani indipendenti o titolari di ditte che esercitavano un'attività nel ramo della falegnameria rispettivamente montaggio tende da sole e lamelle (cfr. anche sentenza I 696/01 del 4 aprile 2002 dove è stato fatto riferimento alle tabelle RSS). Ne segue che il reddito da valido del ricorrente ammonta a fr. 64'944 nel 2006 (doc. AI pag. 121 e doc. AI 119), che aggiornato al 2008 raggiunge fr. 67'303 ed al 2014, anno di soppressione definitiva della rendita, fr. 71'580 (2007: + 1,6%; 2008: + 2%; 2009: + 2,1%; 2010: + 0,8%; 2011: + 1%; 2012: + 0,8%; 2013: 0,7%; 2014: + 0,8%).

2.7.3. Circa il salario da invalido, l'insorgente, viste le limitazioni accertate dai periti e dal medico SMR, contesta di poter svolgere l'attività di impiegato del commercio al dettaglio AFC. Anche se si volesse ritenere, per pura ipotesi di lavoro, che l'interessato, come invece emerge dalla ricerca approfondita effettuata dalla consulente in integrazione (doc. AI pag. 760), non sarebbe in grado di svolgere l'attività appresa di impiegato di commercio al dettaglio AFC, ciò, come si vedrà di seguito, non modificherebbe comunque l'esito del ricorso. L'assicurato può infatti in ogni caso esercitare quelle attività non qualificate, semplici e ripetitive quale operaio generico (attività di imballaggio, etichettatura), aiuto ufficio, ecc. (cfr. anche sentenza 32.2011.143 del 21 novembre 2011; cfr. per analogia sentenze 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). All'assicurato può essere richiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Va qui rilevato che specialmente nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono, in effetti, delle attività di mera sorveglianza, fisicamente assai leggere, che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per esempio attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo, ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura (cfr. sentenza 32.2013.75 del 28 gennaio 2014 e sentenza 32.2011.143 del 21 novembre 2011). Occorre 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 ad una 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 appaiano sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C_248/2014 del 29 agosto 2014 consid. 2; DTF 110 V 276 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c). Va altresì sottolineato che il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado

di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5, 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3; vedi anche Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 348). 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 TF 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; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7). Occorre inoltre ricordare che le difficoltà del mercato del lavoro rappresentano un elemento estraneo all'invalidità. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 pag. 96; SVR 1995 UV 35 pag. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né l'assicurazione per l'invalidità né quella contro gli infortuni sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b). Il TF ed il TCA hanno già avuto modo di confermare la possibilità di svolgere attività leggere in maniera completa per persone che presentavano limitazioni importanti. In una sentenza 35.2002.88 del 14 aprile 2003, questa Corte ha giudicato completamente abile in attività leggere dal profilo dell'impegno fisico, comportanti in prevalenza dei compiti di sorveglianza, un assicurato che, a causa di un " importante deficit funzionale e ipotrofia muscolare all'emicinto scapolare destro. Flessione attiva 100°, abduzione 90° solo con il gomito flesso, rotazione interna solo fino all'altezza del trocantere. Ipersensibilità nella regione del deltoide in corrispondenza del territorio di innervazione del nervo ascellare ", il medico di fiducia dell'assicuratore aveva ritenuto "... limitato nelle attività lavorative che richiedono l'ingaggio dell'arto superiore destro al di sopra della vita, scostato al tronco, così come nei movimenti di rotazione. Limitato l'uso di utensili, rispettivamente, macchinari vibranti e contundenti. Trasporto di pesi possibile solo con il braccio pendente, sollevamento di pesi solo al massimo fino al di sotto della vita, tenendo l'arto superiore destro accostato al tronco " (cfr. STCA succitata, consid. 2.6.). È pure stato dichiarato in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività adeguata, nella quale venga ingaggiata prevalentemente la mano destra in mansioni non gravose per il polso, con la mano controlaterale a svolgere una funzione ausiliaria, un assicurato, cuoco di professione, che soffriva - a livello dell'estremità superiore sinistra - di una sindrome dolorosa e da risparmio cronica con deficit funzionali, in presenza di una lieve artrosi dell'articolazione radio-ulnare distale, di una modica artrosi dell'articolazione radio-carpale nonché di una neuropatia del mediano e - a destra - di una leggera sindrome dolorosa e da inattività con una lieve artrosi dell'articolazione radio-ulnare distale, un'incipiente artrosi dell'articolazione radio-carpale ed una lieve neuropatia del mediano (cfr. STCA 35.2004.38 del 3 marzo 2005). È poi stato ritenuto completamente abile in attività leggere, da svolgere

all'altezza del banco implicantemente unicamente la manipolazione di oggetti leggeri, un assicurato, di professione muratore, che soffriva di una sindrome da attrito sottoacromiale ad entrambe le spalle, persistente malgrado le operazioni eseguite nel frattempo (riparazione cuffia dei rotatori, acromioplastica a livello della due spalle; STFA I 356/04 del 12 maggio 2005, consid. 2.2 e 3.1). Con un giudizio I 27/06 e U 18/06 del 24 agosto 2006, consid. 5.2.3, il TFA ha considerato in grado di svolgere a tempo pieno semplici mansioni di sorveglianza, rispettivamente, di controllo, così come lavori in un chiosco nonché attività ausiliarie nel campo della gastronomia o in un magazzino, un assicurato, nato nel 1948, che soffriva di dolori cronici alla spalla destra con irradiazione al braccio destro, di un'importante rottura della cuffia dei rotatori a destra (con rottura completa del tendine dei muscoli sovra- e infraspinato, rottura parziale del tendine sottoscapolare e lussazione del tendine del bicipite), di un'artrosi dell'articolazione acromio-claveare e di una persistente pseudoparalisi del braccio destro (diagnosi differenziale: spalla congelata post-traumatica). In concreto questo Tribunale ritiene che anche nel caso di specie nel mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che il ricorrente, nonostante i disturbi che lo interessano, sarebbe in grado di esercitare in maniera completa, senza la necessità di provvedimenti professionali (cfr. anche sentenza 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.2 e seguenti, cfr. sentenza 32.2014.21 dell'11 febbraio 2015). 2.7.4. Per quel che concerne il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Nel 2008 il reddito da invalido per attività semplici e ripetitive, per gli uomini, ammontava a fr. 59'978.88 per l'intero anno (cfr. STCA 32.2010.364 del 17 febbraio 2011 e 32.2012.293 del 3 ottobre 2013). Per quanto concerne il 2014, anno di eventuale ripristino del diritto alla rendita, dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2012 (cfr., a quest'ultimo proposito la sentenza 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; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr. sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 destinata a pubblicazione), emerge 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; cfr. sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 destinata a pubblicazione, consid. 2.5.7) 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 al 2014 (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) , si ottiene un salario di Fr. 63'442,12 (Fr. 62'520.- : 101,7 x 103,2; cfr. Tabella B10.4 pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 90 e Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2014, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; cfr. la sentenza 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 queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 (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 B9.2 pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 88 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a Fr. 66'138,41 (Fr. 63'442,12 : 40 x 41,7) , ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. 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 Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). (...) " Nel caso di specie l'UAI ha ridotto il salario d'invalido del 7%, ossia una percentuale non più applicabile in seguito alla sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 (per una critica all'operato dell'amministrazione che si ostina ad applicare percentuali diverse dal multiplo di 5, cfr. sentenza 32.2015.28 del 9 novembre 2015, consid. 2.8). In concreto va di conseguenza applicata una riduzione del 10%. Per il 2008, raffrontando il reddito da valido di fr. 67'303 con il salario da invalido di fr. 59'979, ridotto del 10% a fr. 53'981, si ottiene un grado d'invalidità del 20% che non dà diritto ad alcuna rendita. Nel 2014, raffrontando il reddito da valido di fr. 71'580 con quello da invalido di fr. 66'138, ridotto del 10% a fr. 59'524, si ottiene un grado d'invalidità, arrotondato (DTF 130 V 121) , del 17%, che non dà diritto ad alcuna rendita. Ne segue che il ricorso deve essere respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma.

E. 29

marzo 2012, in un caso di un assicurato attivo quale indipendente nell'ambito della pulizia, il cui reddito è variato notevolmente nel corso degli anni, il TF, dopo aver rammentato il contenuto della sopra citata sentenza I 696/01 del 4 aprile 2002, ha affermato che nel preciso caso di specie, alla luce delle notevoli variazioni del reddito, non andava presa in considerazione la media degli introiti degli ultimi tre anni, ma degli ultimi 12.

Con sentenza 9C_751/2011 del 30 aprile 2012, il TF ha giudicato il caso di un'assicurata che aveva percepito nel corso dell'ultimo anno in cui ha svolto un'attività dipendente (1999), prima di avere problemi di salute, un reddito nettamente superiore rispetto a quello conseguito negli anni precedenti. L'Alta Corte ha tutelato la decisione dei giudici cantonali che avevano preso in considerazione, quale reddito da valido, la media degli ultimi 3 anni (dal 1997 al 1999; cfr. consid.4.1: [] Il ressort en effet des constatations de la juridiction cantonale que l'intimée a obtenu en 1999 un revenu nettement plus élevé que ceux réalisés les années précédentes, alors qu'elle a travaillé auprès du même employeur jusqu'à la fin de cette année-là. Ainsi, son salaire avait évolué de la manière suivante: 49'140 fr. (1995), 54'833 fr. (1996), 57'486 fr. (1997), 56'110 fr. (1998) et 69'651 fr. (1999). Dans un tel cas, lorsque le dernier salaire obtenu par l'assuré avant la survenance de l'invalidité est nettement plus élevé que les revenus obtenus jusqu'alors, il ne peut servir de référence pour le revenu sans invalidité que s'il est établi, selon la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à réaliser un tel salaire (arrêt 9C_5/2009 du 16 juillet 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 IV n° 58 p. 181). L'intimée ne fait valoir aucun argument qui permettrait de considérer qu'elle aurait continué à gagner un salaire ayant subi une augmentation majeure par rapport à celles accordées les années précédentes et d'établir que cette majoration n'était pas due, comme on peut le penser, à la fin des rapports de travail. La juridiction cantonale était donc en droit de ne pas se référer uniquement au dernier salaire obtenu en 1999, mais de déterminer le revenu sans invalidité à l'aide d'une moyenne des salaires obtenus dans les trois années précédentes. []).

Con sentenza 9C_5/2009 del 16 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 58, pag. 181, il TF ha stabilito che se l'ultimo salario conseguito prima del danno alla salute è notevolmente superiore alla media, va preso in considerazione quale reddito da valido solo se può essere stabilito, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, che l'assicurato avrebbe continuato a conseguirlo (cfr. anche sentenza 8C_671/2010 del 25

febbraio 2011, consid. 4.5.1).

2.7.3. Circa il salario da invalido, l'interessato, viste le limitazioni accertate dai periti e dal medico SMR, contesta di poter svolgere l'attività di impiegato del commercio al dettaglio AFC.

Anche se si volesse ritenere, per pura ipotesi di lavoro, che l'interessato, come invece emerge dalla ricerca approfondita effettuata dalla consulente in integrazione (doc. AI pag. 760), non sarebbe in grado di svolgere l'attività appresa di impiegato di commercio al dettaglio AFC, ciò, come si vedrà di seguito, non modificherebbe comunque l'esito del ricorso. L'assicurato può infatti in ogni caso esercitare quelle attività non qualificate, semplici e ripetitive quale operaio generico (attività di imballaggio, etichettatura), aiuto ufficio, ecc. (cfr. anche sentenza 32.2011.143 del 21 novembre 2011; cfr. per analogia sentenze 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). All'assicurato può essere richiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori di attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Va qui rilevato che specialmente nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono, in effetti, delle attività di mera sorveglianza, fisicamente assai leggere, che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per esempio attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo, ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura (cfr. sentenza 32.2013.75 del 28 gennaio 2014 e sentenza 32.2011.143 del 21 novembre 2011).

Occorre 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 ad una 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 appaiano sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C_248/2014 del 29 agosto 2014 consid. 2; DTF 110 V 276 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c).

Va altresì sottolineato che il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5, 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3; vedi anche Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 348).

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 TF 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; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7).

Occorre inoltre ricordare che le difficoltà del mercato del lavoro rappresentano un elemento estraneo all'invalidità. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 pag. 96; SVR 1995 UV 35 pag. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né l'assicurazione per l'invalidità né quella contro gli infortuni sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid.4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b).

Il TF ed il TCA hanno già avuto modo di confermare la possibilità di svolgere attività leggere in maniera completa per persone che presentavano limitazioni importanti.

In una sentenza 35.2002.88 del 14 aprile 2003, questa Corte ha giudicato completamente abile in attività leggere dal profilo dell'impegno fisico, comportanti in prevalenza dei compiti di sorveglianza, un assicurato che, a causa di un "importante deficit funzionale e ipotrofia muscolare all'emicinto scapolare destro. Flessione attiva 100°, abduzione 90° solo con il gomito flesso, rotazione interna solo fino all'altezza del trocantere. Ipersensibilità nella regione del deltoide in corrispondenza del territorio di innervazione del nervo ascellare", il medico di fiducia dell'assicuratore aveva ritenuto "limitato nelle attività lavorative che richiedono l'ingaggio dell'arto superiore destro al di sopra della vita, scostato al tronco, così come nei movimenti di rotazione. Limitato l'uso di utensili, rispettivamente, macchinari vibranti e contundenti. Trasporto di pesi possibile solo con il braccio pendente, sollevamento di pesi solo al massimo fino al di sotto della vita, tenendo l'arto superiore destro accostato al tronco" (cfr. STCA succitata, consid. 2.6.).

È pure stato dichiarato in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività adeguata, nella quale venga ingaggiata prevalentemente la mano destra in mansioni non gravose per il polso, con la mano controlaterale a svolgere una funzione ausiliaria, un assicurato, cuoco di professione, che soffriva - a livello dell'estremità superiore sinistra - di una sindrome dolorosa e da risparmio cronica con deficit funzionali, in presenza di una lieve artrosi dell'articolazione radio-ulnare distale, di una modica artrosi dell'articolazione radio-carpale nonché di una neuropatia del mediano e - a destra - di una leggera sindrome dolorosa e da inattività con una lieve artrosi dell'articolazione radio-ulnare distale, un'incipiente artrosi dell'articolazione radio-carpale ed una lieve neuropatia del mediano (cfr. STCA 35.2004.38 del 3 marzo 2005).

È poi stato ritenuto completamente abile in attività leggere, da svolgere all'altezza del banco impicanti unicamente la manipolazione di oggetti leggeri, un assicurato, di professione muratore, che soffriva di una sindrome da attrito sottoacromiale ad entrambe le spalle, persistente malgrado le operazioni eseguite nel frattempo (riparazione cuffia dei rotatori, acromioplastica a livello della due spalle; STFA I 356/04 del 12 maggio 2005,

consid. 2.2 e 3.1).

Con un giudizio I 27/06 e U 18/06 del 24 agosto 2006, consid. 5.2.3, il TFA ha considerato in grado di svolgere a tempo pieno semplici mansioni di sorveglianza, rispettivamente, di controllo, così come lavori in un chiosco nonché attività ausiliarie nel campo della gastronomia o in un magazzino, un assicurato, nato nel 1948, che soffriva di dolori cronici alla spalla destra con irradiazione al braccio destro, di un'importante rottura della cuffia dei rotatori a destra (con rottura completa del tendine dei muscoli sovra- e infrascapolare, rottura parziale del tendine sottoscapolare e lussazione del tendine del bicipite), di un'artrosi dell'articolazione acromio-claveare e di una persistente pseudoparalisi del braccio destro (diagnosi differenziale: spalla congelata post-traumatica).

In concreto questo Tribunale ritiene che anche nel caso di specie nel mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che il ricorrente, nonostante i disturbi che lo interessano, sarebbe in grado di esercitare in maniera completa, senza la necessità di provvedimenti professionali (cfr. anche sentenza 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.2 e seguenti, cfr. sentenza 32.2014.21 dell'11 febbraio 2015).

Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b).

L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04).

Nel 2008 il reddito da invalido per attività semplici e ripetitive, per gli uomini, ammontava a fr.59'978.88 per l'intero anno(cfr. STCA32.2010.364 del 17 febbraio 2011 e 32.2012.293 del 3 ottobre 2013).

Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino al 2014(DTF 126 V 81 consid. 7a;STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; STCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55), si ottiene un salario di Fr. 63'442,12 (Fr. 62'520.-: 101,7 x 103,2; cfr. Tabella B10.4 pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 90 e Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2014, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; cfr. la sentenza 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 queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 (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 B9.2 pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 88 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a Fr. 66'138,41 (Fr. 63'442,12 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa

(STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a).

Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico.

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 Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). ()"

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