

## **TI\_GERICHTE 32.2018.197 vom 17. Oktober 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-10-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.197](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.197)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.197 du 17 octobre 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.197 del 17 ottobre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 45**

S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt.()■

In una sentenza 9C\_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare lapresunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata.

Infine, in due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, in particolare anche nell'eventualità di depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)).

Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, comprese le depressioni da lievi fino a medio-gravi, occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del TF per la quale le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una resistenza alle terapie, ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'inabilità lavorativa invalidante

2.4. Nel caso concreto, a seguito della domanda di prestazioni del febbraio 2016, l'Ufficio AI, basandosi sulle risultanze contenute nel rapporto finale SMR del 15 febbraio 2017 stilato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna generale (doc. 67), ha concluso che l'assicurato andava considerato completamente inabile al lavoro in qualsiasi attività dal 3 agosto 2015, egli ha attribuito una rendita intera di invalidità a decorrere dal 1° agosto 2016.

Nel progetto di decisione del 23 febbraio 2017, l'Ufficio AI aveva previsto una revisione del diritto alla rendita dopo sei mesi.

Nel mese di agosto 2017 l'amministrazione ha quindi avviato una revisione della prestazione.

Dal referto datato 7 maggio 2018 risulta che il \_\_\_\_\_ ha fatto capo a tre consultazioni specialistiche di natura reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_) e psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_).

Sulla base delle risultanze dei consulti, eseguiti presso il \_\_\_\_\_ sull'arco di cinque giorni, gli specialisti interessati hanno posto quali diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa quelle di ■sindrome cervico-vertebrale su alterazioni degenerative soprattutto di tipo spondilartrosico ai segmenti C4-C5 e C5-C6, in minor misura C6-C7 con barra disco-osteofitaria a livello C4-C5 che provoca una riduzione di ampiezza del canale foraminale a sin.; sindrome lombo-vertebrale e stato dopo irritazione radicolare S1 a sin. su ernia discale L5-S1 a sin. e intervento chirurgico di decompressione microscopica L5-S1 a sin. il 10.6.2016■, mentre quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa hanno indicato quelle di ■Piede piatto e addotto bilaterale e stato dopo frattura del calcagno ds nel 1998; minima sindrome del tunnel carpale a sin. su verosimile recidiva in paziente già operato 15 anni fa per questa patologia; tabagismo cronico■ (doc. 90).

Quanto alla capacità lavorativa gli specialisti del \_\_\_\_\_, dopo avere riassunto le singole valutazioni specialistiche, hanno concluso che l'assicurato vada considerato totalmente inabile al lavoro nelle professioni svolte in passato di lattoniere di carrozzeria, manovale forestale e aiuto montatore di impianti sanitari; abile al lavoro al 50% nell'ultima attività esercitata di aiuto-giardiniere e addetto alla manutenzione presso un albergo e, infine, abile al lavoro nella misura dell'80% nello svolgimento di attività adatte, rispettose dei suoi limiti funzionali.

Gli specialisti del \_\_\_\_\_ hanno precisato che tale valutazione vale ■da metà del mese di settembre 2016, vale a dire a più di tre mesi dall'intervento chirurgico alla colonna vertebrale eseguito il 10 giugno 2016. Prima di allora valgono le valutazioni precedenti■ (cfr. doc. 90).

2.6. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii).

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 (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). 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 SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376.

Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso 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 europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (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 i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008).

Va infine evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di

ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

Il TCA ritiene in particolare che lo stato di salute dell'assicurato sia stato approfonditamente vagliato dai periti del \_\_\_\_\_ e non ha motivo per metterne in dubbio la dettagliata e convincente valutazione multidisciplinare.

Più precisamente, per quanto concerne la problematica reumatologica, l'assicurato è stato valutato dal dr. \_\_\_\_\_, il quale nel referto peritale del 24 gennaio 2018 ha confermato la presenza di una sindrome cervico-vertebrale su alterazioni degenerative soprattutto di tipo spondilartrosico ai segmenti C4-C5 e C5-C6, in minor misura C6-C7 con barra disco-osteofitaria a livello C4-C5 che provoca una riduzione di ampiezza del canale foraminale a sinistra; sindrome lombo-vertebrale e stato dopo irritazione radicolare S1 a sinistra su ernia discale L5-S1 a sinistra e intervento chirurgico di decompressione microscopica L5-S1 a sinistra il 10 giugno 2016 (vedi pag. 7 consulto peritale reumatologico).

Il dr. \_\_\_\_\_, dopo avere ricordato che l'assicurato aveva dovuto lasciare l'attività lavorativa il 3 agosto 2015 per il subentrare di dolori alla colonna lombare e soprattutto una sciatalgia a sinistra, ha evidenziato che dopo l'intervento chirurgico del 10 giugno 2016 effettuato dal dr. \_\_\_\_\_ (di decompressione microscopica L5-S1 a sinistra per una sindrome radicolare S1 a sinistra non deficitaria) ha avuto un decorso favorevole per quanto concerne la problematica lombare con la scomparsa della sintomatologia iscialgiforme ma la persistenza di dolori lombari soprattutto ai movimenti.

Quanto ai disturbi in sede cervicale, il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato l'esistenza di una situazione stazionaria, sottolineando come già allora (al momento dell'operazione) l'assicurato soffriva di disturbi alla colonna cervicale con una certa predominanza a sinistra e irradianti verso la zona toracale, senza che sia mai stata evidenziata una compressione radicolare lungo il braccio sinistro, per i quali è stato sottoposto ad un'infiltrazione delle faccette articolari. Non ha mai subito operazioni a livello cervicale.

Il perito ha segnalato che dal punto di vista clinico si ha piuttosto l'impressione di una certa aggravazione della sintomatologia, concludendo che tutto sommato attualmente si riscontrano dei reperti clinici e radiologici da considerare piuttosto blandi con una certa discrepanza con la sintomatologia particolarmente invalidante accusata dall'assicurato che ha portato alla determinazione di un'incapacità lavorativa al 100% e a una rendita d'invalidità completa.

Dette conclusioni, supportate da un approfondito esame clinico, dall'esame della cospicua documentazione clinica e radiologica agli atti, meritano conferma.

A livello neurologico il perito dr. \_\_\_\_\_, ha concluso che non si rilevano reperti significativi a livello degli arti inferiori, come pure per quanto concerne gli arti superiori.

Il perito ha posto unicamente quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa quelle di ■sindrome lombo-vertebrale cronica con stato da intervento per piccola ernia discale L5/S1 a sinistra, attualmente senza deficit neurologici di tipo radicolare associati; sindrome cervicale cronica senza deficit radicolari associati; minima sindrome del tunnel carpale a sinistra su verosimile recidiva in paziente già operato 15 anni fa per questa patologia■.

Complessivamente, il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso che ■i reperti neurologici sono di entità molto lieve e non comportano limitazioni funzionali■, ritenendo l■assicurato abile al lavoro al 100% dal punto di vista neurologico.

Anche queste conclusioni appaiono complete e approfondite e vanno fatte proprie dal TCA.

Infine, per quanto riguarda gli aspetti psichici, l■assicurato è stato valutato dal dr. \_\_\_\_\_, il quale nel referto del 31 gennaio 2018 non ha posto alcuna diagnosi psichiatrica, ritenendo l■interessato completamente abile al lavoro.

Il TCA non ha motivo per rimettere in discussione tali conclusioni specialistiche.

Pertanto, alla luce di questi singoli consulti, da considerare approfonditi e ben motivati, effettuata una discussione plenaria tra i vari specialisti che ha ben valutato le varie problematiche esistenti, il \_\_\_\_\_ ha in maniera motivata, approfondita e pertinente concluso che a dipendenza delle diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa l■assicurato presenta una capacità lavorativa del 50% come ausiliario presso l■\_\_\_\_\_ con manutenzione dei \_\_\_\_\_ e in qualità di tuttofare-giardiniere presso l■albergo \_\_\_\_\_ (ultime attività svolte), mentre è da considerare abile al lavoro all■80% in attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali.

Questo Tribunale non ha motivo per distanziarsi da tali conclusioni peritali, le quali sono poi state condivise e fatte proprie anche dal SMR (cfr. rapporto finale del 9 maggio 2018, doc. 93).

Tale soluzione appare tanto più valida, considerato che la valutazione peritale del \_\_\_\_\_ non è stata smentita tramite la presentazione di altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni oppure una diversa valenza (maggiormente invalidante) delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alla perizia e entro la data di emanazione della decisione qui contestata, ribadito come, percostante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato (DTF 132 V 220 consid. 3.1.1).

Con il ricorso, il rappresentante del ricorrente ha rilevato che, tenuto conto della sua età, ■non è assolutamente facile trovare un■occupazione in base ai suoi limiti funzionali■, motivo per il quale le attività indicate dall■amministrazione ■non sono pertanto reali■ (doc. I).

Tali contestazioni, peraltro generiche, non possono evidentemente essere condivise da questo Tribunale, posto che, come visto sopra, dal profilo medico la perizia pluridisciplinare del \_\_\_\_\_ è giunta alla conclusione che l■interessato è sì inabile al lavoro al 50% nella attività da ultimo esercitate di ausiliario presso un ente turistico e

tuttofare/giardiniere presso un albergo, ma conserva un'abilità lavorativa dell'80% in attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali.

Il TCA evidenzia, inoltre, a proposito della valutazione delle attività compatibili con le limitazioni funzionali indicate in sede medica ancora esigibili dall'assicurato, che, come più volte evidenziato dalla giurisprudenza federale, il consulente in integrazione professionale è la persona che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una simile valutazione (cfr. RtiD II-2008 pag. 274 [9C\_13/2007] consid. 4.3; vedi anche, fra le tante, STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 con la quale il TF ha confermato la STCA 32.2012.41 del 24 luglio 2012; 9C\_439/2011 del 29 marzo 2012 con la quale l'Alta Corte ha confermato la STCA 32.10.252 del 14 aprile 2011; STCA 32.2017.74 del 29 novembre 2017, consid. 2.8; STCA 32.2018.90 del 20 maggio 2019, consid. 2.7.).

Il TCA non ha motivo, quindi, per discostarsi da quanto valutato dall'amministrazione, ritenendo che all'assicurato possa essere ragionevolmente chiesto 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.

A prescindere dalle professioni indicate a titolo esemplificativo dal consulente IP quali attività adatte (cfr. pag. 295 inc. AI), resta il fatto che, sul mercato generale del lavoro, esistono delle attività non qualificate, con mansioni semplici e ripetitive e che non richiedono una preparazione professionale specifica, che l'interessato, malgrado il danno alla salute, sarebbe in grado di esercitare all'80%.

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 non presuppongono particolari attitudini intellettuali e che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per es. attività di incasso, di assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura.

Infine, il TCA non ignora evidentemente le difficoltà esistenti attualmente sul nostro mercato del lavoro. Tuttavia, ciò rappresenta 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 (STFA inedita del 10 settembre 1998 nella causa S.; DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 p. 96; SVR 1995 UV 35 p. 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 assicurazione contro gli infortuni né quella per l'invalidità sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid.4c; RCC 1991 p. 332 consid. 3b, P. Omlin, op. cit., p. 83).

In tale ipotesi deve semmai intervenire l'assicurazione contro la disoccupazione (cfr. ad esempio STF 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012).

2.9. Essendo quindi esigibile che l'assicurato sfrutti la sua residua capacità lavorativa dell'80% in attività adeguate, ricordato inoltre che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico ■ giuridico e non medico

(DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a), occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico.

Nel caso di specie, l'Ufficio AI ha stabilito che il grado di invalidità dell'interessato è nullo.

Il TCA può fare proprio il calcolo effettuato dall'amministrazione, rimasto peraltro incontestato in sede ricorsuale (essendosi l'assicurato limitato a contestare gli aspetti medici), sottolineando come sia il reddito da valido, sia quello da invalido, siano stati determinati in maniera corretta.

Il reddito da valido, non contestato, ammonta a fr. 48'100 (cfr. doc. A1).

Anche il reddito da invalido è stato correttamente determinato applicando la tabella RSS 2016 TA1 (al riguardo cfr. STF 8C\_12/2017 del 28 febbraio 2017) (cfr. doc. A1).

Utilizzando i dati salariali risultanti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2016, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2016\_tirage\_skill\_level - Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso ■ Settore privato; DTF 142 V 178), 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; STF 9C\_632/2015) per 40 ore settimanali, corrisponde a un importo di Fr. 64'080.- (Fr. 5'340.- x 12 mesi).

Riportando tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale, il dato statistico corrisponde a fr. 66'803.40 per un impiego a tempo pieno.

Questo importo di partenza, è corretto e può essere fatto proprio da questa Corte, così come pure la deduzione del 20% per considerare l'esigibilità stabilita dal profilo medico e la riduzione sociale del 5%, peraltro incontestata, tenuto anche conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3).

Ne segue che il reddito statistico ipotetico da invalido di fr. 66'803.40, diminuito del 20% per ragioni mediche e di un ulteriore 5% per tenere conto delle circostanze personali, ammonta a fr. 50'770.60.

Il grado di invalidità del ricorrente - stabilito confrontando i fr. 50'770.60 al reddito da valido nel medesimo anno di fr. 48'100.-- - risulta essere nullo.

L'Ufficio AI ha, di conseguenza, rettamente soppresso la rendita intera di invalidità della quale beneficiava l'assicurato, negandogli un ulteriore diritto a prestazioni.

La decisione impugnata deve dunque essere confermata.

2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.- e 1'000.- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008).

Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- vanno poste a carico dell'assicurato.

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