

## TI\_GERICHTE 32.2022.27 vom 16. März 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-03-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2022.27](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.27)

FR: TI\_GERICHTE 32.2022.27 du 16 mars 2022

IT: TI\_GERICHTE 32.2022.27 del 16 marzo 2022

### Erwägungen

#### E. 16

luglio 2015 (doc. 98, pag. 341 incarto AI).

L'Ufficio AI ha dunque ritenuto opportuno procedere con una perizia reumatologica, conferendo il mandato al dr. \_\_\_\_\_, al fine di valutare, in particolare, le ripercussioni del danno della salute post-infortunistico ed extra-infortunistico sulla capacità lavorativa. (doc. 99, pag. 343 incarto AI). L'accertamento peritale è confluito nel rapporto del 5 luglio 2016 (doc. 123 incarto AI, cfr. supra consid. 1.3.). Parimenti, l'amministrazione ha richiesto l'aggiornamento degli atti dell'incarto LAINF (doc. 95, 99, 167 incarto AI), richiesta alla quale l'assicuratore infortuni ha dato seguito solo il 7 aprile e 28 luglio 2021 (doc. 169 incarto AI).

L'Ufficio AI ha dunque sottoposto la nuova documentazione medica al vaglio del medico SMR, il quale ha confermato, con rapporto finale dell'8 ottobre 2021 (doc. 173 incarto AI), la precedente valutazione dell'8 luglio 2016 (cfr. supra consid. 1.3.).

Come accennato, il ricorrente contesta sia la valutazione medica che quella economica (cfr. supra consid. 1.9.) con argomentazioni di cui si dirà, per quanto necessario, di seguito.

Con referto peritale del 10 dicembre 2015 (doc. 102, doc. 289 incarto AI) afferente all'incarto LAINF, il dr. \_\_\_\_\_ aveva accertato una capacità lavorativa residua in attività adeguate almeno del 50% (doc. 289, pag. 862), senza tuttavia precisare se si tratti di una riduzione del rendimento o della presenza.

Con referto peritale del 5 luglio 2016, il dr. \_\_\_\_\_, chiamato ad esprimersi quale specialista esterno sullo stato valetudinario dell'assicurato, pur tenendo conto del referto del collega dr. \_\_\_\_\_ (doc. 123, pagg. 384, 390 e 391 incarto AI), ha ritenuto che vi fossero risorse fisiche che permettono di reinserire l'assicurato nel processo lavorativo, accertando una capacità lavorativa piena in attività adeguate a far tempo dal 27 ottobre 2015 (doc. 123, pag. 390 incarto AI).

Il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (specialista in medicina interna) nel suo rapporto dell'8 luglio 2016, pur tenendo conto del referto del dr. \_\_\_\_\_, ha ritenuto più esauriente e affidabile quello dello specialista esterno dr. \_\_\_\_\_, facendo proprie le conclusioni di quest'ultimo (doc. 124 e 129 incarto AI).

Il dr. \_\_\_\_\_, nel suo referto peritale del 28 aprile 2020 (doc. I, allegato A10), reso in ambito LAINF, ha accertato una capacità lavorativa del 50% in attività adeguate, precisando come essa sia riferita esclusivamente alle diagnosi riconducibili agli infortuni del 2005 e 2012 e senza contemplare eventuali ulteriori limitazioni dovute all'età anagrafica, scolarità e padronanza linguistica, osservando altresì come il quadro globale

muscolare e nutrizionale appare allo stato attuale deteriorato e ulteriormente limitato per problematiche di tipo extra infortunistico per comorbidità extramorbore (pag. 7).

Con rapporto medico del 20 luglio 2020 il curante, dr. \_\_\_\_\_, dopo aver riassunto i postumi dei due infortuni, ha asserito che

Il paziente presenta uno stato generale e nutrizionale non buono con astenia generalizzata e con umore deflesso. Ipotonia muscolare con ipotrofia degli arti inferiori più marcata a destra. Deambulazione deficitaria con zoppia con cammino di circa 100 m senza pausa. Il paziente soffre di sindrome del rachide di origine osteo-degenerativa dei corni posteriori e dei corpi meniscali mediale e laterale, lesioni cartilaginee di III°, alterazioni degenerative del legamento crociato anteriore, versamento articolare con limitazione della flessione bilaterale con deficit di mobilizzazione e senza essere in grado di sollevare pesi di più di 5 kg. (frattura pluri-frammentaria della scapola destra).

Secondo la mia valutazione considerando tutti i fattori (infortunio e patologie varie) il paziente è inabile al 100%. (doc. I, allegato A11, doc. 180, pag. 546 incarto AI).

Vagliata la documentazione agli atti, in particolare per quanto attiene alle problematiche di tipo extra infortunistico per comorbidità extra morbore (ossia la sindrome lombo-vertebrale da anni su spondiloartrosi lombare bassa in discopatie multiple, abuso nicotinic, quadro globale muscolare e nutrizionale attuale deteriorato, doc. 182, pag. 548 incarto AI) sollevate dal dr. \_\_\_\_\_, il medico SMR ha accertato quanto segue (sottolineature del redattore):

In conclusione, questo Tribunale può far propria la conclusione dell'Ufficio AI secondo cui l'assicurato ha manifestato un dissenso puramente soggettivo nei confronti della valutazione operata dall'amministrazione senza tuttavia produrre in sede di ricorso eventuali elementi oggettivi, segnatamente di natura medica, a sostegno delle proprie argomentazioni. (doc. IV, pag. 3 in initio).

Alla luce di quanto precede, va ritenuto dimostrato con il grado di verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6., 126 V 360) che il ricorrente è in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento ridotto al 50% (cfr. supra consid. 1.5.), un'attività lavorativa confacente ai limiti funzionali accertati dal medico SMR.

Questo Tribunale ritiene che la documentazione agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare la vertenza senza che si renda necessaria l'assunzione di ulteriore materiale probatorio, rispettivamente l'audizione dell'insorgente.

Infatti, entrambe le richieste mirano a chiarire la situazione valetudinaria, situazione che, tuttavia, è già stata esaurientemente chiarita dall'amministrazione, le cui conclusioni sono state integralmente confermate in questa sede (cfr. supra consid. 2.10.2.). Peraltro, mal si comprende (e l'insorgente neppure lo specifica) come un'audizione personale possa supplire alla mancanza di refertazione medica suscettibile di mettere validamente in dubbio le conclusioni del medico SMR.

Giova a tal proposito ricordare che quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner,

Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, pag. 47 n. 63; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti).

A torto.

Ne consegue che il grado d'invalidità calcolato in ambito LAINF non è vincolante per l'Ufficio AI e quest'ultimo può procedere autonomamente al calcolo in tal senso. Tale facoltà di agire motu proprio impone a maggior ragione nell'evenienza concreta, giacché il diritto ad una rendita LAINF è stato accordato sulla base di un accordo transattivo (cfr. supra consid. 1.4.; doc. I, allegato A13), cresciuto incontestato in giudicato (doc. I, allegato A14) secondo cui (sottolineature del redattore) le parti si sono sentite diverse volte per discutere il caso e consentono che un processo ed altri ritardi sono da evitare e che l'accordo seguente è equo considerando i dati concreti e che pertanto le parti concordano: 3. Il grado d'invalidità ammonta a 60%[...].

A tal proposito, risulta pertinente il rinvio dell'amministrazione nelle motivazioni al progetto di decisione (doc. 184, pag. 553 incarto AI) al numero marginale 9020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per invalidità (CIGI), secondo cui il grado d'invalidità stabilito in ambito LAINF con un accordo transattivo non è di principio vincolante per l'AI (cfr. STFA del 26 aprile 2022 in re G.S. consid. 2a., in: AHI-Praxis 1/2003, pagg. 106-113 con molteplici rinvii giurisprudenziali e dottrinali; cfr. anche Kieser, ATSG-Kommentar, 2020, n. 134 e segg. ad art. 16 LPGA).

Ne consegue che in concreto l'Ufficio AI non era vincolato dal calcolo del grado d'invalidità stabilito tramite accordo transattivo in ambito LAINF e, pertanto, la censura del ricorrente s'appalesa inconferente.

L'argomentazione dell'insorgente, che confonde due questioni, rispettivamente concetti, non persuade.

Occorre innanzitutto ricordare che, contrariamente a quanto pare sostenere il ricorrente e come rettamente osservato dall'Ufficio AI (doc. IV, pag. 3 e segg.), per determinare il reddito da invalido non ci si riferisce al mercato del lavoro concreto, bensì al mercato del lavoro equilibrato. Quest'ultimo è un concetto astratto e teorico che non considera la situazione concreta del mercato del lavoro, i posti disponibili durante congiunture sfavorevoli o le ridotte possibilità per l'individuo leso nel suo stato valetudinario di trovare un posto di lavoro esigibile ed appropriato (cfr. pro multis DTF 147 V 124 consid. 6.2. e 148 V 174 consid. 9.1.; cfr. supra consid. 2.4.).

Ciò precisato, si rammenta altresì che giusta l'art. 8 cpv. 1 LAI, gli assicurati invalidi o minacciati da un'invalidità (art. 8 LPGA) hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto (lett. a) essi siano necessari e idonei per ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete e (lett. b) le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute.

Fanno parte dei provvedimenti professionali necessari o idonei tutte le misure direttamente necessarie all'integrazione nella vita professionale. La loro estensione non è definibile in

maniera astratta; occorre piuttosto tenere conto delle circostanze concrete del singolo caso, in particolare delle capacità soggettive e oggettive d'integrazione, che variano da persona a persona (stato di salute, capacità di rendimento, idoneità all'istruzione, motivazione, ecc.; STFA I 529/01 del 19 marzo 2002, consid. 1a con riferimenti). Di principio, la persona assicurata ha diritto unicamente ai provvedimenti idonei e necessari al raggiungimento del singolo scopo integrativo prefissato, ma non ai migliori provvedimenti nel caso di specie. Questo perché l'integrazione deve essere garantita solo nella misura necessaria, ma anche sufficiente (DTF 124 V 108, consid. 2a; Frey/Mosimann/Bollinger, AHVG/IVG Kommentar, 2018, n. 6 e segg. ad art. 8 LAI).

In concreto, preso atto del rapporto finale SMR (doc. 173 incarto AI), il consulente AI ha così analizzato la reintegrabilità dell'assicurato senza (ri)formazione specifica (sottolineature del redattore):

Nel mercato del lavoro in equilibri ci sono diverse possibilità d'occupazione. Si menzionano le attività che rispettano le raccomandazioni mediche sopracitate, nel rispetto della LAI ed in particolare dell'art. 7 della stessa. Obblighi dell'assicurato, che cita testualmente: L'assicurato deve fare tutto quanto si può ragionevolmente esigere da lui per ridurre la durata e l'entità dell'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) e per evitare l'insorgere di un'invalidità. Detto ciò si ritiene che nel settore terziario ci sono delle attività di controllo in fabbrica dove i pesi da sollevare sono inferiori a 5 chilogrammi, nella vendita e nei servizi. Vi sono anche altre attività rispettose dei limiti funzionali che si possono ritrovare nelle tabelle RSS.

Circa la chiusura del caso o l'eventuale applicazione di provvedimenti d'integrazione, il consulente AI ha osservato quanto segue (sottolineature del redattore): L'assicurato ha quasi 58 anni e in considerazione del suo livello di formazione e l'età, un PPR o altri provvedimenti sono esclusi in quanto non rispetterebbe i seguenti principi:

Per la valutazione inerente il diritto ad una formazione professionale si devono tenere in considerazione i seguenti criteri:

Questo TCA non ha motivo di non aderire a quanto riportato sopra, sia per quanto concerne le possibilità di occupazione che l'esclusione di provvedimenti d'integrazione professionale.

Va anche ricordato che per quanto riguarda le attività ancora esigibili che il rapporto del consulente era stato allestito il 18 ottobre 2018, ossia precedentemente al miglioramento della situazione valetudinaria accertato al 26 marzo 2020 (cfr. supra consid. 1.5. e 2.10. e segg.). Secondo giurisprudenza, il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili sul mercato del lavoro equilibrato. Spetta difatti 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\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.3, 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). In casu, il consulente AI ha rispettato la citata giurisprudenza topica.

Certo, l'assicurato, nato il 2 marzo 1961, al 26 marzo 2020 anno in cui da ultimo è stato ritenuto parzialmente abile in attività adeguate (cfr. in merito DTF 138 V 457 consid. 3.2.;

cfr. supra consid. 1.5. e segg.) ■ aveva compiuto 59 anni ed è quindi lecito chiedersi se in un mercato equilibrato del lavoro simili attività siano da ritenere ancora esigibili.

A tal proposito la giurisprudenza ha ammesso in maniera restrittiva come l'età, benché sia un elemento estraneo all'invalidità, possa condurre ■ cumulata a circostanze personali e professionali ■ a rendere inesigibile, ricordato che il concetto di mercato equilibrato del lavoro è teorico e astratto (DTF 134 V 64 consid. 4.2.1), la ricerca di un nuovo impiego (STF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid 5.2; STF 9C\_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.2).

Riguardo all'esigibilità, da parte di un assicurato di età avanzata, di reinserirsi professionalmente su un mercato equilibrato del lavoro, con la STF 9C\_847/2015 del 30 dicembre 2015, la nostra Massima Istanza si è occupata di un ricorrente, nato nel 1949 ed attivo all'80% nel servizio tecnico di macchine per uffici, che nel 2013 ha ottenuto un quarto di rendita. Adito su ricorso, il Tribunale cantonale ha effettuato una reformatio in pejus annullando la decisione amministrativa e rifiutando le prestazioni. L'assicurato ha interposto ricorso chiedendo una rendita intera di invalidità.

Per un approfondimento della tematica dell'età quale fattore da tenere in considerazione nella determinazione della reintegrabilità, si rinvia alle STCA 32.2018.213 del 23 settembre 2019, 32.2018.106 del 13 dicembre 2018 e 32.2015.114 del 27 giugno 2016 con molteplici rinvii giurisprudenziali.

Nel caso in esame, benché l'assicurato non disponga di alcuna formazione professionale, egli ha comunque svolto diverse attività, principalmente, da quando è in Svizzera, quale operaio agricolo non qualificato, aiuto muratore e aiuto giardiniere (tra gli altri: doc. 123, pag. 385 e doc. 143, pag. 426 incarto AI). Inoltre, come visto (cfr. supra consid. 1.5. e 2.10.1.), le limitazioni fisiche non sono tali da precludere integralmente la reintegrazione professionale. Queste circostanze, tenuta presente la restrittiva giurisprudenza surriferita, non permettono di escludere, secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 129 V 56 consid. 2.4; DTF 138 V 218 consid. 6.), che l'assicurato sia in grado di svolgere almeno una delle attività leggere, semplici e ripetitive, che il consulente ha indicato, in particolare le attività di controllo e/o sorveglianza.

Visto quanto precede, la censura del ricorrente risulta, oltre che non sufficientemente sostanziata, inconferente.

Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti emerge che, nonostante il danno salute, l'assicurato sarebbe ancora in grado di svolgere, con limiti di rendimento, attività leggere prevalentemente di sorveglianza sia nel secondario che nel terziario e che anche eventuali mansioni ■ limitate ■ di sollevamento di carichi inferiori a 5 kg siano esigibili (cfr. supra consid. 1.5.).

Pertanto, anche questa censura del ricorrente cade nel vuoto.

La valutazione economica operata dall'amministrazione va dunque confermata.

Visto l'esito del ricorso, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

#### **E. 46**

). 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA 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. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al 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 al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222). 2.5. 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 LPGGA). 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 LPGGA. 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; cfr. anche 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 LPGGA

(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). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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. L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95 segg.). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197). 2.6. A proposito della notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione prevista dall'art. 17 cpv. 1 LPGA, nella DTF 133 V 545 la nostra Massima Istanza ha precisato che per le rendite dell'assicurazione invalidità, anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (cfr. consid. 6). La revisione si occupa di modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore economico). Modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; cfr. consid. 7). Nella STF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura

valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, STF 9C\_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C\_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Inoltre, con STF 9C\_745/2012 del 30 aprile 2013, l'Alta Corte ha ricordato che a differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (STF 9C\_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C\_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (cfr. consid. 5 e 6). 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale

federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2. (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.8. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4, pag. 261; 115 V 133 consid. 2., pag. 134; 114 V 310 consid. 3c, pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts

zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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). 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.). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato 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'art. 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-assicurative, 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'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 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). 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). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). Va poi 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 ) 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 ancora evidenziato 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 pag. 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 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei 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; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.9. In concreto, nella procedura di revisione (cfr. supra consid. 1.3.) l'Ufficio AI ha chiesto sia all'assicurato che ai curanti dr.ssa \_\_\_\_\_ (specialista in medicina interna) e dr. Arigoni (specialista in chirurgia) un aggiornamento circa lo stato valetudinario; mentre l'assicurato riferiva di uno stato di salute rimasto invariato (doc. 90, pag. 314 incarto AI), la curante ha accertato " un miglioramento discreto dei disturbi accusati " (doc. 91, pagg. 321, 323 e 325 incarto AI). Il curante, da parte sua, ha accertato un'incapacità lavorativa totale (doc. 96, pag. 336 incarto AI). Anche l'assicuratore infortuni ha ritenuto invariato lo stato valetudinario fino al 16 luglio 2015 (doc. 98, pag. 341 incarto AI). L'Ufficio AI ha dunque ritenuto opportuno procedere con una perizia reumatologica, conferendo il mandato al dr. \_\_\_\_\_, al fine di valutare, in particolare, le " ripercussioni del danno della salute post-infortunistico ed extra-infortunistico sulla capacità lavorativa. " (doc. 99, pag. 343 incarto AI). L'accertamento peritale è confluito nel rapporto del 5 luglio 2016 (doc. 123 incarto AI, cfr. supra consid. 1.3.). Parimenti, l'amministrazione ha richiesto l'aggiornamento degli atti dell'incarto LAINF (docc. 95, 99, 167 incarto AI), richiesta alla quale l'assicuratore infortuni ha dato seguito solo il 7 aprile e 28 luglio 2021 (doc. 169 incarto AI). L'Ufficio AI ha dunque sottoposto la nuova documentazione medica al vaglio del medico SMR, il quale

ha confermato, con rapporto finale dell'8 ottobre 2021 (doc. 173 incarto AI), la precedente valutazione dell'8 luglio 2016 (cfr. supra consid. 1.3.). Come accennato, il ricorrente contesta sia la valutazione medica che quella economica (cfr. supra consid. 1.9.) con argomentazioni di cui si dirà, per quanto necessario, di seguito.

2.10. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dal medico SMR prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ha motivo per metterne in dubbio le conclusioni.

2.10.1. Occorre in primo luogo esporre la refertazione medica pertinente, sulla cui base il medico SMR è poi pervenuto alla conclusione secondo cui l'assicurato presenta una capacità lavorativa del 50% in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali (cfr. supra consid. 1.5. e 1.8.). Con referto peritale del 10 dicembre 2015 (doc. 102, doc. 289 incarto AI) afferente all'incarto LAINF, il dr. \_\_\_\_\_ aveva accertato una capacità lavorativa residua in attività adeguate "almeno del 50%" (doc. 289, pag. 862), senza tuttavia precisare se si tratti di una riduzione del rendimento o della presenza. Con referto peritale del 5 luglio 2016, il dr. \_\_\_\_\_, chiamato ad esprimersi quale specialista esterno sullo stato valetudinario dell'assicurato, pur tenendo conto del referto del collega dr. \_\_\_\_\_ (doc. 123, pagg. 384, 390 e 391 incarto AI), ha ritenuto che vi fossero "risorse fisiche che permettono di reinserire l'assicurato nel processo lavorativo", accertando una capacità lavorativa piena in attività adeguate a far tempo dal 27 ottobre 2015 (doc. 123, pag. 390 incarto AI). Il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (specialista in medicina interna) nel suo rapporto dell'8 luglio 2016, pur tenendo conto del referto del dr. \_\_\_\_\_, ha ritenuto più esauriente e affidabile quello dello specialista esterno dr. \_\_\_\_\_, facendo proprie le conclusioni di quest'ultimo (docc. 124 e 129 incarto AI). Il dr. \_\_\_\_\_, nel suo referto peritale del 28 aprile 2020 (doc. I, allegato A10), reso in ambito LAINF, ha accertato una capacità lavorativa del 50% in attività adeguate, precisando come essa sia riferita esclusivamente alle diagnosi riconducibili agli infortuni del 2005 e 2012 e senza contemplare "eventuali ulteriori limitazioni dovute all'età anagrafica, scolarità e padronanza linguistica", osservando altresì come "il quadro globale muscolare e nutrizionale appare allo stato attuale deteriorato e ulteriormente limitato per problematiche di tipo extra infortunistico per comorbidità extramorbose" (pag. 7). Con rapporto medico del 20 luglio 2020 il curante, dr. \_\_\_\_\_, dopo aver riassunto i postumi dei due infortuni, ha asserito che "Il paziente presenta uno stato generale e nutrizionale non buono con astenia generalizzata e con umore deflesso. Ipotonia muscolare con ipotrofia degli arti inferiori più marcata a destra. Deambulazione deficitaria con zoppia con cammino di circa 100 m senza pausa. Il paziente soffre di sindrome del rachide di origine osteo-degenerativa dei corni posteriori e dei corpi meniscali mediale e laterale, lesioni cartilaginee di III°, alterazioni degenerative del legamento crociato anteriore, versamento articolare con limitazione della flessione bilaterale con deficit di mobilizzazione e senza essere in grado di sollevare pesi di più di 5 kg. (frattura pluri-frammentaria della scapola destra). Secondo la mia valutazione considerando tutti i fattori (infortunio e patologie varie) il paziente è inabile al 100%." (doc. I, allegato A11, doc. 180, pag. 546 incarto AI). Vagliata la documentazione agli atti, in particolare per quanto attiene alle "problematiche di tipo extra infortunistico per comorbidità extra morbore" (ossia la sindrome lombo-vertebrale da anni su spondiloartrosi lombare bassa in discopatie multiple, abuso nicotinic, quadro globale muscolare e nutrizionale attuale deteriorato, doc. 182, pag. 548 incarto AI) sollevate dal dr. \_\_\_\_\_, il medico SMR ha accertato quanto segue (sottolineature del redattore): "Il peso in un periodo di circa 5 anni è diminuito di 5kg (raffronto tra perizia reumatologica del 2016 e

perizia internistica del 2020) e pertanto non si ritiene che il calo ponderale sia imputabile a malattia e si considera fisiologico, i problemi alla colonna vertebrale sono rimasti sostanzialmente stabili, non proponendo nuove problematiche ma con una normale involuzione verso un progressivo lento peggioramento fisiologico e per questo è stata riconosciuta una IL del 50% anche in attività adeguata. I limiti funzionali individuati nel RAF del 08.10.2021 (Si deve trattare di attività leggere di sorveglianza prevalentemente sedentarie senza necessità di regolare deambulazione. Attività senza sollevare/spostare/trasportare pesi > di 5 kg con il braccio destro dominante specialmente se oltre l'orizzontale, non dover effettuare movimenti ripetitivi con l'arto superiore destro per oltre 15 min senza intercalare delle pause, non dover deambulare per tragitti oltre i 100mt specialmente se su terreni sconnessi, no attività su scale, scale pioli. Da seduto in posizione statica vi [è] la necessità di poter cambiare posizione al bisogno non si deve ruotare/anteflettere regolarmente il rachide dorsale.) rispettano le condizioni funzionali residue del rachide, il tabagismo così come l'età anagrafica, la scolarità e padronanza linguistica non possono essere considerate patologie e dunque non hanno ricaduta sulla CL. In considerazione di tanto si confermano le conclusioni del RAF [rapporto SMR dell'8 ottobre 2021, n.d.r.; cfr. supra consid. 1.5.]” (annotazione SMR del 2 dicembre 549, doc. 182, pag. 549 incarto AI).

2.10.2. Questa Corte, vagliata tutta la refertazione medica esposta al precedente considerando, ritiene la censura del ricorrente relativa alla valutazione medica (cfr. supra consid. 1.9.) priva di fondamento. Infatti, come si evince dalle tavole processuali, il medico SMR si è confrontato attivamente con le “problematiche di tipo extra infortunistico per comorbidità extramorbuse” e le “eventuali ulteriori limitazioni”, non ritenendole suscettibili di modificare la capacità lavorativa residua accertata nel precedente rapporto SMR (cfr. supra consid. 2.10.1.), ossia del 50% in attività adeguate (cfr. supra consid. 1.5.). Il certificato del medico curante, che neppure si confronta con quanto accertato dal medico SMR, preferendo una scarsa analisi a compartimento stagno, è manifestamente inidoneo a mettere validamente in dubbio le conclusioni del medico SMR, queste ultime essendo sostanziate, motivate e convincenti (sul tema della valenza probatoria del parere del medico curante cfr. supra consid. 2.8.). In conclusione, questo Tribunale può far propria la conclusione dell'Ufficio AI secondo cui “[...] l'assicurato ha manifestato un dissenso puramente soggettivo nei confronti della valutazione operata dall'amministrazione senza tuttavia produrre – in sede di ricorso – eventuali elementi oggettivi, segnatamente di natura medica, a sostegno delle proprie argomentazioni.” (doc. IV, pag. 3 in initio). Alla luce di quanto precede, va ritenuto dimostrato con il grado di verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6., 126 V 360) che il ricorrente è in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento ridotto al 50% (cfr. supra consid. 1.5.), un'attività lavorativa confacente ai limiti funzionali accertati dal medico SMR.

2.10.3. Il ricorrente ha chiesto a questo Tribunale di ordinare una perizia pluridisciplinare e un'audizione personale (cfr. supra consid. 1.9.). Questo Tribunale ritiene che la documentazione agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare la vertenza senza che si renda necessaria l'assunzione di ulteriore materiale probatorio, rispettivamente l'audizione dell'insorgente. Infatti, entrambe le richieste mirano a chiarire la situazione valetudinaria, situazione che, tuttavia, è già stata esaurientemente chiarita dall'amministrazione, le cui conclusioni sono state integralmente confermate in questa sede (cfr. supra consid. 2.10.2.). Peraltro, mal si comprende (e l'insorgente neppure lo specifica) come un'audizione personale possa supplire alla mancanza di refertazione medica suscettibile di mettere validamente in dubbio le conclusioni del medico SMR. Giova

a tal proposito ricordare che quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove ( valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.11. Come esposto in narrativa (cfr. supra consid. 1.9.), l'insorgente formula tre censure circa la valutazione economica operata dall'Ufficio AI (cfr. infra consid. 2.11.1-2.11.3.). 2.11.1. Egli censura dapprima il fatto che, essendo stata resa una decisione in ambito LAINF con riconoscimento di un grado d'invalidità del 60%, in ossequio al principio di armonizzazione e coordinamento delle prestazioni sociali, l'Ufficio AI avrebbe dovuto – automaticamente – riprendere il grado d'invalidità del 60% e ad aumentarlo in considerazione delle affezioni extrainfortunistiche. A torto. Come rettamente fatto presente nella decisione impugnata (doc. I, allegato A1, pag. 4), per costante giurisprudenza l'assicurazione invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità operata dall'assicurazione contro gli infortuni e viceversa (tra le altre, cfr. DTF 133 V 549 consid. 6.; STF 9C\_529/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 3.2., 9C\_594/2016 del 18 novembre 2016 consid. 2.4.; 8C\_19/2021 del 27 aprile 2021 consid. 6.; cfr. STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020 consid. 2.6., 32.2020.25 del 2 ottobre 2020 consid. 2.6., 35.2020.51 dell'8 febbraio 2021 consid. 2.5. e nella recente 32.2021.67 consid. 2.7.3.). Ne consegue che il grado d'invalidità calcolato in ambito LAINF non è vincolante per l'Ufficio AI e quest'ultimo può procedere autonomamente al calcolo in tal senso. Tale facoltà di agire motu proprio si impone a maggior ragione nell'evenienza concreta, giacché il diritto ad una rendita LAINF è stato accordato sulla base di un accordo transattivo (cfr. supra consid. 1.4.; doc. I, allegato A13), cresciuto incontestato in giudicato (doc. I, allegato A14) secondo cui (sottolineature del redattore) “ le parti si sono sentiti diverse volte per discutere il caso e consentono che un processo ed altri ritardi sono da evitare e che l'accordo seguente è equo considerando i dati concreti ” e che pertanto “ le parti concordano : 3. Il grado d'invalidità ammonta a 60% [...]”. A tal proposito, risulta parimenti pertinente il rinvio dell'amministrazione – nelle motivazioni al progetto di decisione (doc. 184, pag. 553 incarto AI) – al numero marginale 9020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), secondo cui il grado d'invalidità stabilito in ambito LAINF con un accordo transattivo non è di principio vincolante per l'AI (cfr. STFA del 26 aprile 2022 in re G.S. consid. 2a., in: AHI-Praxis 1/2003, pagg. 106-113 con molteplici rinvii giurisprudenziali e dottrinali; cfr. anche Kieser, *ATSG- Kommentar*, 2020, n. 134 e segg. ad art. 16 LPGA ). Ne consegue che in concreto l'Ufficio AI non era vincolato dal calcolo del grado d'invalidità stabilito – tramite accordo transattivo – in ambito LAINF e, pertanto, la censura del ricorrente s'appalesa inconfidente. 2.11.2. Il reddito da invalido 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 ”). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso

un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere desunto dai rilevamenti statistici ufficiali editi dall'Ufficio federale di statistica (DTF 126 V 75, consid. 3b/aa e seg. con ulteriori rinvii giurisprudenziali). In tal senso, la giurisprudenza federale ha sancito che sono esclusivamente applicabili i dati salariali nazionali della tabella TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica (STFA 12 ottobre 2006 nella causa S., U 75/03, e del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Il ricorrente adduce l'impossibilità di stabilire il reddito da invalido, giacché egli non può concretamente svolgere alcuna attività (" il proprio reddito da invalido non è solo inesistente, bensì è addirittura inipotizzabile! "). A mente dell'insorgente ciò sarebbe confermato dall'Ufficio AI medesimo che nella decisione impugnata ha affermato che " La pratica è stata sottoposta al nostro Servizio di integrazione professionale e il consulente ritiene che non vi siano i presupposti per l'applicazione di provvedimenti professionali. " (doc. I, allegato A1, pag. 4). L'argomentazione dell'insorgente, che confonde due questioni, rispettivamente concetti, non persuade. Occorre innanzitutto ricordare che, contrariamente a quanto pare sostenere il ricorrente e come rettamente osservato dall'Ufficio AI (doc. IV, pag. 3 e seg.), per determinare il reddito da invalido non ci si riferisce al mercato del lavoro concreto, bensì al mercato del lavoro equilibrato. Quest'ultimo è un concetto astratto e teorico che non considera la situazione concreta del mercato del lavoro, i posti disponibili durante congiunture sfavorevoli o le ridotte possibilità per l'individuo leso nel suo stato valetudinario di trovare un posto di lavoro esigibile ed appropriato (cfr. pro multis DTF 147 V 124 consid. 6.2. e 148 V 174 consid. 9.1.; cfr. supra consid. 2.4.). Ciò precisato, si rammenta altresì che giusta l'art. 8 cpv. 1 LAI, gli assicurati invalidi o minacciati da un'invalidità (art. 8 LPGa) hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto (lett. a) essi siano necessari e idonei per ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete e (lett. b) le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute. Fanno parte dei provvedimenti professionali necessari o idonei tutte le misure direttamente necessarie all'integrazione nella vita professionale. La loro estensione non è definibile in maniera astratta; occorre piuttosto tenere conto delle circostanze concrete del singolo caso, in particolare delle capacità soggettive e oggettive d'integrazione, che variano da persona a persona (stato di salute, capacità di rendimento, idoneità all'istruzione, motivazione, ecc.; STFA I 529/01 del 19 marzo 2002, consid. 1a con riferimenti). Di principio, la persona assicurata ha diritto unicamente ai provvedimenti idonei e necessari al raggiungimento del singolo scopo integrativo prefissato, ma non ai migliori provvedimenti nel caso di specie. Questo perché l'integrazione deve essere garantita solo nella misura necessaria, ma anche sufficiente (DTF 124 V 108, consid. 2a; Frey/Mosimann/Bollinger, AHVG/IVG Kommentar, 2018, n. 6 e segg. ad art. 8 LAI). In concreto, preso atto del rapporto finale SMR (doc. 173 incarto AI), il consulente AI ha così analizzato la reintegrabilità dell'assicurato senza (ri)formazione specifica (sottolineature del redattore): " Nel mercato del lavoro in equilibrio ci sono diverse possibilità d'occupazione . Si menzionano le attività [che] rispettano le raccomandazioni mediche sopracitate, nel rispetto della LAI ed in particolare dell'art. 7 della stessa – Obblighi dell'assicurato, che cita testualmente: "L'assicurato deve fare tutto quanto si può ragionevolmente esigere da lui per ridurre la durata e l'entità dell'incapacità al lavoro (art. 6 LPGa) e per evitare l'insorgere di un'invalidità. " Detto ciò si ritiene che nel settore terziario ci sono delle attività di controllo in fabbrica dove i pesi da sollevare sono inferiori a 5 chilogrammi, nella vendita e nei servizi . Vi sono anche altre attività

rispettose dei limiti funzionali che si possono ritrovare nelle tabelle RSS . ” Circa la chiusura del caso o l’eventuale applicazione di provvedimenti d’integrazione, il consulente AI ha osservato quanto segue (sottolineature del redattore): “ L’assicurato ha quasi 58 anni e in considerazione del suo livello di formazione e l’età, un PPR o altri provvedimenti sono esclusi in quanto non rispetterebbe [...] i seguenti principi : Per la valutazione inerente il diritto ad una formazione professionale si devono tenere in considerazione i seguenti criteri : · La formazione deve mantenere la capacità di guadagno precedente ma in tutti i casi il miglioramento della capacità di guadagno residuale; · Il principio di proporzionalità 4022 CIPIP; · Il principio d’equivalenza 4010 CICIP; · le misure devono essere semplici e adeguate e deve esserci il potenziale di riuscita nella formazione dell’assicurato. ” (doc. 143, pag. 428 incarto AI). Questo TCA non ha motivo di non aderire a quanto riportato sopra, sia per quanto concerne le possibilità di occupazione che l’esclusione di provvedimenti d’integrazione professionale. Va anche ricordato – per quanto riguarda le attività ancora esigibili – che il rapporto del consulente era stato allestito il 18 ottobre 2018, ossia precedentemente al miglioramento della situazione valetudinaria accertato al 26 marzo 2020 (cfr. supra consid. 1.5. e 2.10. e segg.). Secondo giurisprudenza, il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili sul mercato del lavoro equilibrato. Spetta difatti 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\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.3, 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). In casu, il consulente AI ha rispettato la citata giurisprudenza topica. Certo, l’assicurato, nato il 2 marzo 1961, al 26 marzo 2020 – anno in cui da ultimo è stato ritenuto parzialmente abile in attività adeguate (cfr. in merito DTF 138 V 457 consid. 3.2.; cfr. supra consid. 1.5. e segg.) – aveva compiuto 59 anni ed è quindi lecito chiedersi se in un mercato equilibrato del lavoro simili attività siano da ritenere ancora esigibili. A tal proposito la giurisprudenza ha ammesso in maniera restrittiva come l’età, benché sia un elemento estraneo all’invalidità, possa condurre – cumulata a circostanze personali e professionali – a rendere inesigibile, ricordato che il concetto di mercato equilibrato del lavoro è teorico e astratto (DTF 134 V 64 consid. 4.2.1), la ricerca di un nuovo impiego (STF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid 5.2; STF 9C\_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.2). Riguardo all’esigibilità, da parte di un assicurato di età avanzata, di reinserirsi professionalmente su un mercato equilibrato del lavoro, con la STF 9C\_847/2015 del 30 dicembre 2015, la nostra Massima Istanza si è occupata di un ricorrente, nato nel 1949 ed attivo all’80% nel servizio tecnico di macchine per uffici, che nel 2013 ha ottenuto un quarto di rendita. Adito su ricorso, il Tribunale cantonale ha effettuato una reformatio in pejus annullando la decisione amministrativa e rifiutando le prestazioni. L’assicurato ha interposto ricorso chiedendo una rendita intera di invalidità. Dopo avere esposto i principi stabiliti dalla citata DTF 138 V 457 sulla reintegrabilità degli assicurati in età avanzata (cfr. consid. 4.1.1), il Tribunale federale ha evidenziato al considerando 4.1.2 di avere ritenuto reintegrabili un assicurato di 62 anni e 9 mesi (STF 8C\_345/2013 del 10 settembre 2013 consid. 4.3.3) e un altro di 61 anni (STF 8C\_330/2015 del 19 agosto 2015 consid. 3.2), tenendo conto che i loro limiti funzionali non pregiudicavano la possibilità di trovare un impiego. Per contro, l’Alta Corte ha negato a un 64enne la capacità residua di reintegrarsi nel mondo del lavoro a causa dei suoi limiti funzionali (STF 9C\_979/2009 del 10 febbraio 2010 consid. 4 e 5). Anche un’assicurata di

64 anni appena compiuti avente una capacità lavorativa residua del 50% a causa di diverse limitazioni è stata ritenuta non reintegrabile (STF I 401/01 del 4 aprile 2002 consid. 4c e 4d), così come un'altra persona assicurata di 64 anni e 10 mesi avente una capacità lavorativa del 50% prima del raggiungimento dell'età pensionabile (STF 9C\_153/2011 del 22 marzo 2012 consid. 3.3). A un assicurato avente il medesimo anno di età, 8 mesi prima del pensionamento, che non lavorava da 9 anni e che da più di 5 anni riceveva una rendita parziale ed era abile al lavoro in ragione del 50%, il Tribunale federale non ha riconosciuto la reintegrabilità della capacità lavorativa residua (STF 9C\_145/2011 del 30 maggio 2011 consid. 3.4). Per un approfondimento della tematica dell'età quale fattore da tenere in considerazione nella determinazione della reintegrabilità, si rinvia alle STCA 32.2018.213 del 23 settembre 2019, 32.2018.106 del 13 dicembre 2018 e 32.2015.114 del 27 giugno 2016 con molteplici rinvii giurisprudenziali. Nel caso in esame, benché l'assicurato non disponga di alcuna formazione professionale, egli ha comunque svolto diverse attività, principalmente, da quando è in Svizzera, quale operaio agricolo non qualificato, aiuto muratore e aiuto giardiniere (tra gli altri: doc. 123, pag. 385 e doc. 143, pag. 426 incarto AI). Inoltre, come visto (cfr. supra consid. 1.5. e 2.10.1.), le limitazioni fisiche non sono tali da precludere integralmente la reintegrazione professionale. Queste circostanze, tenuta presente la restrittiva giurisprudenza surriferita, non permettono di escludere, secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 129 V 56 consid. 2.4; DTF 138 V 218 consid. 6.), che l'assicurato sia in grado di svolgere almeno una delle attività leggere, semplici e ripetitive, che il consulente ha indicato, in particolare le attività di controllo e/o sorveglianza. Visto quanto precede, la censura del ricorrente risulta, oltre che non sufficientemente sostanziata, inconferente. 2.11.3. Sempre con riferimento al reddito da invalido ritenuto dall'UAI (fr. 27'581.--, ossia fr. 68'953.--, diminuito al 50% per tener conto della capacità lavorativa residua e con una riduzione del 20% per attività leggere e per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari; cfr. doc. I, allegato A1, pag. 4), l'insorgente ne contesta l'ammontare limitatamente all'entità della riduzione sociale applicata (20%). Il TCA può pertanto limitare il proprio esame a questo solo aspetto. A tal proposito, va ricordato 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. Il TF 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). Il TF ha inoltre precisato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete (cfr. sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 consid. 4.2). Con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013, la Corte federale ha infine confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di

multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (consid. 5.4.). Questa giurisprudenza è stata confermata anche nella STF 9C\_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 4.6. Nella concreta evenienza, con la decisione impugnata l'Ufficio AI ha operato una riduzione del 20% sul reddito statistico da invalido, e meglio 10% poiché l'assicurato è in grado di svolgere soltanto delle attività leggere e 10% per non meglio precisati "svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari" (cfr. doc. 177 incarto AI). Con la propria impugnativa, il ricorrente pretende invece che gli venga riconosciuta una deduzione del 25%, come avvenuto in ambito LAINF (cfr. doc. I, p.to 8.). Chiamato ora a pronunciarsi in proposito, il TCA, oltre a rinviare alle considerazioni circa l'indipendenza dell'AI nella determinazione del grado d'invalidità (cfr. supra consid. 2.11.1.), ritiene che la pretesa decurtazione del 25% dal reddito statistico da invalido, sia priva di fondamento, posto che già la riduzione decisa dall'amministrazione (20%) appare assai generosa. In effetti, secondo la più recente giurisprudenza federale (cfr., ad esempio, la STF 8C\_9/2020 del 10 giugno 2020 commentata da A. Bernasconi in SZS/RSAS 2021 pag. 49), una riduzione dettata dagli impedimenti fisici si giustifica soltanto se, anche su un mercato del lavoro che si suppone equilibrato, considerati gli impedimenti legati alla persona o al posto di lavoro, non esiste più un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili alla persona assicurata (cfr. STF 8C\_174/2019 del 9 luglio 2019 consid. 5.2.2 e i riferimenti ivi citati). Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti emerge che, nonostante il danno salute, l'assicurato sarebbe ancora in grado di svolgere, con limiti di rendimento, attività leggere prevalentemente di sorveglianza sia nel secondario che nel terziario e che anche eventuali mansioni – limitate – di sollevamento di carichi inferiori a 5 kg siano esigibili (cfr. supra consid. 1.5.). Ora, tenuto conto dell'esigibilità appena descritta, occorre ammettere che il ricorrente beneficia di un ventaglio di attività sostitutive esigibili ancora sufficientemente ampio, motivo per cui appare perlomeno dubbia una decurtazione operata a tale titolo dall'amministrazione. In questo contesto, è ancora utile segnalare che l'incapacità per motivi di salute di continuare a svolgere lavori pesanti non implica necessariamente una riduzione del reddito ipotetico da invalido. Il semplice fatto che siano ormai esigibili soltanto dei lavori leggeri non giustifica l'applicazione di una riduzione supplementare, siccome il salario statistico comprende, nel livello di qualifica 1, già un gran numero di attività leggere (cfr. STF 8C\_841/2017 del 14 maggio 2018, consid. 5.2.2.2 e riferimenti). Pertanto, anche questa censura del ricorrente cade nel vuoto. 2.12. Raffrontando il reddito da valido di fr. 65'303 con quello da invalido di fr. 27'581 si ottiene un grado d'invalidità (arrotondato) del 58%, il ricorrente avendo dunque diritto a mezza rendita (cfr. supra consid. 2.4.) in luogo della rendita intera precedentemente accordatagli (cfr. supra consid. 1.2.). La valutazione economica operata dall'amministrazione va dunque confermata. 2.13. Visto tutto quanto precede, il ricorso va integralmente respinto e la decisione impugnata confermata. 2.14. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGa in combinazione con gli art. 61 lett. a e fbis LPGa nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

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