



Obergericht des Kantons Graubünden
Dretgira superiura dal chantun Grischun
Tribunale d'appello del Cantone dei Grigioni

Sentenza del 9 luglio 2026

comunicata il 10 luglio 2026

N. d'incarto SV1 25 38

Istanza Prima Camera di diritto delle assicurazioni sociali

Composizione Righetti, presidente
Pedretti e von Salis, giudici
Mazzoleni, attuario ad hoc

Parti **A. _____**
ricorrente
patrocinato dall'avvocato Michele Micheli

contro

Istituto delle assicurazioni sociali del Cantone dei Grigioni,
Ufficio AI
convenuto

Oggetto rendita AI

Ritenuto in fatto:

A. A._____ (di seguito assicurato), nato il _____ 1962 ed attivo professionalmente quale boscaiolo-operaio e stradino comunale a B._____, in considerazione dei pregiudizi di salute di cui soffriva (*“Schwergradige Coxarthrose bei Femurkopfnekrose Grad IV nach Ficat rechts”, “Ernia discale sinistra”, “Problema all’anca dal 2002”*), il 17 agosto 2003 ha presentato all’Istituto delle assicurazioni sociali del Cantone dei Grigioni, Ufficio AI (di seguito Ufficio AI), una prima domanda a poter essere posto al beneficio di prestazioni da parte dell’assicurazione invalidità.

A quest’ultima domanda, con decisione del 19 agosto 2003, pur confermando che *“la capacità lavorativa è limitata in modo rilevante”*, l’Ufficio AI ha dato seguito negativamente.

B. Considerando il persistere dell’inabilità lavorativa a seguito dei pregiudizi di salute di cui soffriva (*“Artrosi anca sinistra, artrosi e ernia discale lombare”, “Anca destra già operata nel 2003 (protesi)”*), con il sostegno dell’assicurazione per la perdita di guadagno in caso di malattia, il 13 agosto 2010 l’assicurato ha presentato all’Ufficio AI una seconda domanda a poter essere posto al beneficio di prestazioni da parte dell’assicurazione invalidità.

A quest’ultima domanda, con *“decreto provvisorio”* del 28 agosto 2012, ritenendo che *“Dal 03.06.2010 ... la ... capacità lavorativa è limitata”* e che *“Senza danno alla salute e tenuto conto dell’evoluzione dei salari, oggi nella sua attività di boscaiolo e stradino, potrebbe conseguire un reddito annuale di ca. CHF 50'311.50”*; rispettivamente, ritenendo che *“Dal profilo medico a partire dal 16.04.2012 l’esercizio di un’attività manuale leggera può essere ragionevolmente pretesa nella misura del 90%”*, con un reddito da invalido di CHF 53'346.80 stabilito facendo capo alle statistiche con una deduzione del 5 % per attività leggere, l’Ufficio AI ha dato seguito solo parzialmente e meglio riconoscendo all’assicurato solo nel periodo dal 1° giugno 2011 al 31 luglio 2012 il diritto ad una rendita intera d’invalidità. Successivamente, con un grado d’invalidità dello 0 % il diritto dell’assicurato è stato soppresso. Quanto precede è poi anche stato confermato con decisione del 19 giugno 2013.

C. Considerando un ulteriore peggioramento dello stato di salute, il 6 aprile 2017 l’assicurato ha presentato all’Ufficio AI una terza domanda a poter essere posto al beneficio di prestazioni da parte dell’assicurazione invalidità.

Per l'aspetto medico, il 19 dicembre 2017 l'Ufficio AI ha comunicato all'assicurato la necessità di dover procedere con un accertamento presso il suo Servizio medico regionale (di seguito SMR).

Per quest'ultimo, così com'è dato modo di leggere nel rispettivo referto del 1° maggio 2018, da aprile 2018 l'assicurato risulterebbe abile al lavoro limitatamente al 50 % in attività lavorative di nicchia come quella da ultimo esercitata presso il comune di B._____ (*"Aufgrund der verminderten Belastbarkeit des Rückens und der Hüften erfüllt der Versicherte die Belastbarkeitsanforderungen als Strassenwart nur noch teilweise. Die jetzige Tätigkeit entspricht einem Nischenarbeitsplatz"*). In altre attività adatte, l'assicurato risulterebbe invece abile al lavoro nella misura del 70 %. Attività lavorative adatte (leggere e/o medioleggere) sarebbero possibili ma con specifiche limitazioni.

Con un progetto di decisione del 12 giugno 2018, all'assicurato l'Ufficio AI ha quindi comunicato che *"A decorrere dal 01.11.2017 al 30.06.2018 ha diritto ad una rendita intera d'invalidità"*. Quanto precede considerato che *"Dal 10.11.2016 ... la sua capacità lavorativa è limitata senza notevoli interruzioni. Allo scadere dell'anno di attesa il 10.11.2017 continuava a sussistere un'incapacità lavorativa del 100%. Senza limitazioni dovute al danno alla salute e tenendo conto degli adeguamenti salariali, oggi nella sua attività di boscaiolo e stradino potrebbe percepire un reddito annuale di circa CHF 52'649.56. Lei non è più pienamente abile al lavoro quale boscaiolo e stradino. A partire dal mese di aprile 2018 un'attività adeguata allo stato di salute, attività leggere fino a mediopesanti con carico alternato, dal lato medico è esigibile in misura del 70% ... con una capacità lavorativa residua del 70%, potrebbe raggiungere un reddito annuale di CHF 47'948.50"*. Con un grado d'invalidità dell'8.93%, dal 1° luglio 2018 all'assicurato non veniva pertanto più riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità.

Quanto precede è poi anche stato successivamente confermato con una decisione.

D. All'età di 62 anni, a seguito di un ennesimo peggioramento dello stato di salute, il 9 gennaio 2025 l'assicurato ha presentato all'Ufficio AI una quarta domanda a poter essere posto al beneficio di prestazioni da parte dell'assicurazione invalidità.

Dopo aver eseguito accertamenti a carattere economico, a seguito dei quali è emerso, tra le altre cose, che l'attività svolta dall'assicurato sino al *"31.07.2024"* era quella di *"avventizio lavori di manutenzione strade di montagna – lavoro stagionale"*, con un progetto di decisione del 24 aprile 2025, l'Ufficio AI ha concluso che

all'assicurato, che nel frattempo aveva già compiuto 63 anni di età, con un grado d'invalidità del 22.53%, non poteva essere riconosciuto alcun diritto a prestazioni da parte dell'assicurazione invalidità.

Quanto precede è poi anche stato ribadito e confermato nella decisione del 12 giugno 2025. In quest'ultima, tra le altre cose, è anche dato modo di leggere che *“Dal 02.08.2024 ... la ... capacità lucrativa è nuovamente limitata senza notevoli interruzioni. Senza invalidità ... nella sua attività di avventizio operaio, manutenzione strade di montagna, potrebbe percepire un reddito annuale di circa CHF 56'548.00. Come già ritenuto in passato, l'attività consueta dev'essere ritenuta non idonea e ne risulta quindi una piena incompatibilità lavorativa. Un'attività adeguata allo stato di salute, attività leggere fin al massimo mediopesanti con carico alternato, dal lato medico è esigibile durante 8.5 ore al giorno tenendo conto di un'ulteriore riduzione delle prestazioni di un ca. 30% ... In base alle tabelle RSS 2022 ... con una capacità lavorativa residua del 70%, tenendo conto di una riduzione forfettaria del 10%, potrebbe raggiungere un reddito annuale di CHF 43'806.00”*.

E. Contro la succitata decisione del 12 giugno 2025, l'11 luglio 2025 l'assicurato (di seguito ricorrente) ha presentato un ricorso. Con quest'ultimo, è stato chiesto che la decisione dell'Ufficio AI sia annullata e che al ricorrente sia riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità; subordinatamente, è stato chiesto che la decisione dell'Ufficio AI sia annullata e che gli atti siano retrocessi all'amministrazione, in particolare, per ulteriori accertamenti medici. In entrambi i casi contestate le tasse, le spese e le ripetibili.

A sostegno del ricorso, in sintesi, il ricorrente condivide la conclusione secondo cui presenterebbe una piena incapacità lavorativa nell'attività consueta di operaio/manutentore stradale. Non risulterebbe invece sufficientemente chiaro su quali basi si fondi l'opinione dell'Ufficio AI riguardo alla asserita capacità lavorativa residua in un'attività adeguata alternativa, in quanto non sarebbe stata svolta alcuna indagine medica appropriata. Ne consegue che nemmeno sarebbe chiaro il metodo di determinazione del reddito da invalido. Oltretutto, in considerazione della sua età avanzata e della sua storia professionale caratterizzata esclusivamente da attività lavorative fisiche, senza formazione professionale, risulterebbe inoltre evidente che il cambiamento di mansione verso impieghi più leggeri o differenti nemmeno risulterebbe realisticamente perseguibile; concludendo pertanto di essere quindi anche totalmente inabile al collocamento.

Per tutti i motivi esposti, considerando anche il parere allegato al ricorso e che è stato espresso dal dr. med. C._____ il 4 giugno 2024 a conferma di una completa incapacità lavorativa nell'ultima attività svolta, la decisione contestata andrebbe annullata e all'assicurato andrebbe riconosciuto un grado di invalidità con conseguente diritto ad una rendita. Siccome non risulterebbe sostenibile un concreto reinserimento lavorativo, il grado d'invalidità dovrebbe essere fissato al 100 %, giustificandosi così una rendita intera d'invalidità.

F. Preso nota del ricorso, il 18 agosto 2025 l'Ufficio AI (di seguito convenuto) ha presentato la sua presa di posizione. In quest'ultima, tra e altre cose, esso ha rammentato e ribadito che, per determinare il grado d'impedimento del ricorrente, si potrebbe dare fiducia alle valutazioni del SMR; ulteriori chiarimenti, come ad esempio nuovi accertamenti medici non sarebbero necessari, in quanto non porterebbero a nuove conclusioni. Per il medico del SMR, l'assicurato potrebbe infatti svolgere un'attività adatta allo stato di salute nella misura del 70 %. L'attività abituale di operaio comunale/manutentore stradale non sarebbe per contro più esigibile. Per determinare il reddito ipotetico con invalidità, si potrebbe partire dal presupposto che il ricorrente disponga ancora di una capacità lavorativa del 70 % in un'attività adatta al suo stato di salute. Esisterebbero, dunque, sufficienti opportunità di lavoro adeguate per il ricorrente sul mercato del lavoro equilibrato. Secondo un principio generale valido nel diritto delle assicurazioni sociali, il ricorrente dovrebbe intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore alle conseguenze della sua invalidità; segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione. Infine, in linea di principio, sebbene il ricorrente abbia diritto a provvedimenti professionali, data la sua età, tali prestazioni non potrebbero essere concesse, poiché il criterio di proporzionalità difficilmente potrebbe risultare soddisfatto. Il convenuto conclude quindi, chiedendo il rigetto del ricorso.

G. Con replica del 22 settembre 2025, il ricorrente ha sostanzialmente ribadito la propria posizione, chiedendo, assodato che alle valutazioni del solo SMR non sarebbe possibile far riferimento per derimere la procedura, per l'aspetto medico, l'allestimento di una perizia giudiziaria.

H. Con duplica del 30 settembre 2025, a sua volta, anche il convenuto ha sostanzialmente ribadito la sua posizione.

I. Per il ricorrente, a sostegno del ricorso, successivamente sono poi stati presentati al Tribunale due ulteriori pareri medici; uno espresso dall'"H._____" il 20 febbraio 2026 e l'altro dal dr. med. D._____ il 18 marzo 2026.

Considerato in diritto:

1. Premessa

1.1. Ai sensi dell'art. 69 cpv. 1 lett. a LAI, le decisioni degli uffici AI cantonali sono impugnabili direttamente dinanzi al Tribunale delle assicurazioni del luogo dell'ufficio AI. La decisione del convenuto è quindi impugnabile con un ricorso dinanzi al Tribunale d'appello del Cantone dei Grigioni, la cui competenza per materia e per territorio quale Tribunale cantonale delle assicurazioni è data dall'art. 1 cpv. 1 i.u.c. l'art. 57 LPGa e l'art. 49 cpv. 2 lett. a LGA (CSC 370.100). In quanto destinatario formale e materiale della decisione, il ricorrente è particolarmente toccato dalla decisione impugnata, ha un interesse degno di protezione all'annullamento o alla modifica della stessa ed è quindi legittimato a presentare ricorso (cfr. art. 1 cpv. 1 LAI i.u.c. l'art. 59 LPGa). Sul ricorso, tempestivo e presentato nella dovuta forma, si può quindi entrare nel merito (cfr. art. 1 cpv. 1 LAI i.u.c. gli artt. 60 e 61 lett. b LPGa e con l'art. 38 LPGa).

1.2. Nel caso in rassegna, contestata è la decisione del convenuto; quest'ultima costituisce quindi il punto di riferimento del procedimento di ricorso nonché il quadro e il limite dell'oggetto litigioso, che riguarda, in linea di principio, solo quanto disposto in tale decisione. In quest'ordine d'idee, in concreto, l'oggetto litigioso verte pertanto sulla questione a sapere se è a giusta ragione oppure no che al ricorrente il convenuto ha rifiutato ogni diritto a prestazioni assicurative.

1.3. Per quanto riguarda il diritto applicabile, va rilevato che a partire dal 1° gennaio 2022 sono applicabili le disposizioni revisionate della LAI (e della LPGa) e dell'OAI (RS 831.201), che prevedono un ulteriore sviluppo dell'AI. Fermo restando eventuali disposizioni transitorie particolari, in termini temporali, sono di principio applicabili le norme giuridiche in vigore al momento dell'adempimento dei presupposti legali che danno luogo agli effetti giuridici (cfr. DTF 144 V 210 consid. 4.3.1). Poiché dal profilo temporale sono in linea di principio determinanti le norme legali vigenti al momento della realizzazione dei presupposti di fatto in cui sorge il diritto e poiché il Tribunale delle assicurazioni sociali, nel valutare un caso, si basa di regola sulla situazione di fatto esistente fino al momento dell'emanazione della decisione impugnata (in questo caso il 12 giugno 2025), nel caso concreto si applica il nuovo diritto entrato in vigore il 1° gennaio 2022 (cfr. DTF 131 V 242 consid. 2.1, 130 V 259 consid. 3.5, 130 V 333 consid. 2.3, 130 V 425 consid. 1.1, 130 V 447 consid. 1.2.1, con rinvii; cfr. anche DTF 150 V 323 consid. 4.4) nonché la modifica dell'OAI del 18 ottobre 2023, entrata in vigore il 1° gennaio 2024 (cfr. RU 2023 635).

2. Principi generali

2.1. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI i.u.c. gli artt. 7 e 8 LPGGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Presupposto per l'invalidità è quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio e la conseguente incapacità di guadagno. A mente dell'art. 6 LPGGA, con 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. Per l'art. 7 LPGGA, l'incapacità al guadagno 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.

2.2. 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 (cfr. DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: 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 (lett. a); ha avuto un'incapacità al lavoro (cfr. art. 6 LPGGA) almeno del 40 % in media durante un anno senza notevole interruzione (lett. b) e al termine di questo anno è invalido (cfr. art. 8 LPGGA) almeno al 40 % (lett. c). Giusta l'art. 28 cpv. 1^{bis} LAI la rendita secondo il capoverso 1 non è concessa fintantoché non sono esaurite le possibilità d'integrazione secondo l'art 8 cpv. 1^{bis} e 1^{ter} LAI.

2.3. L'art. 28a cpv. 1 LAI prescrive che, per valutare il grado d'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa, si applica quanto è disposto nell'art. 16 LPGGA e il Consiglio federale definisce i redditi lavorativi determinanti per la valutazione del grado d'invalidità e i fattori di correzione applicabili. In questo caso, occorre effettuare un confronto tra i redditi. A tal fine, il reddito lavorativo che l'assicurato potrebbe ottenere dopo l'insorgere dell'invalidità e dopo aver effettuato le cure sanitarie e eventuali misure d'integrazione, svolgendo un'attività ragionevolmente esigibile in un mercato del lavoro equilibrato (reddito con invalidità), viene contrapposto al reddito lavorativo che potrebbe ottenere se non

fosse diventato invalido (reddito senza invalidità). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; cfr. DTF 128 V 30 e 104 V 136).

Secondo 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). A mente dell'art. 25 cpv. 2 OAI, i redditi lavorativi determinanti secondo l'art. 6 LPGa vanno stabiliti su una base temporale identica e tenendo conto del mercato del lavoro svizzero.

Nella misura in cui per la determinazione dei redditi lavorativi rilevanti si ricorra a valori statistici, vanno presi come riferimento i valori centrali della Rilevazione della struttura dei salari (RSS) dell'Ufficio federale di statistica. Altri valori statistici possono essere presi in considerazione qualora il reddito nel caso concreto non sia rappresentato nella RSS. Vanno utilizzati valori indipendenti dall'età e differenziati a seconda del sesso (cfr. art. 25 cpv. 3 OAI). I valori statistici vanno adeguati in funzione della durata di lavoro normale nelle aziende secondo le divisioni economiche e dell'evoluzione dei salari nominali (cfr. art. 25 cpv. 4 OAI).

2.4. Secondo l'art. 26 cpv. 1 OAI, il reddito senza invalidità è determinato sulla base dell'ultimo reddito lavorativo effettivamente conseguito prima dell'insorgere dell'invalidità. Per quanto riguarda la determinazione del reddito con invalidità, l'art. 26^{bis} cpv. 1 OAI prevede quanto segue: se dopo l'insorgere dell'invalidità l'assicurato consegue un reddito lavorativo, quest'ultimo gli viene computato quale reddito con invalidità (cfr. art. 16 LPGa), sempre che gli permetta di valorizzare al meglio la sua capacità funzionale residua in relazione a un'attività lucrativa da lui ragionevolmente esigibile. Al valore determinato in base a valori statistici è applicata una deduzione del 10 %; se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con una capacità funzionale secondo l'art. 49 cpv. 1^{bis} OAI pari o inferiore al 50 %, è applicata una deduzione del 20 %; non sono ammesse ulteriori deduzioni (cfr. art. 26^{bis} cpv. 3 OAI, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2024).

2.5. Secondo l'art. 28b cpv. 1 LAI, l'importo del diritto alla rendita è stabilito in percentuali di una rendita intera. Se il grado d'invalidità è compreso tra il 50 % e il 69 %, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cfr. art. 28b cpv. 2 LAI). Se il grado d'invalidità è pari o superiore al 70 %, l'assicurato ha diritto a una rendita intera (cfr. art. 28b cpv. 3 LAI). Se il grado d'invalidità è inferiore al 50 %, si applicano le seguenti quote percentuali (cfr. art. 28b cpv. 4 LAI):

Grado d'invalidità	Quota percentuale
49%	47,5 %
48%	45 %
47%	42,5 %
46%	40 %
45%	37,5 %
44%	35 %
43%	32,5 %
42%	30 %
41%	27,5 %
40%	25 %

3. Regole relative all'accertamento medico

3.1. Per costante giurisprudenza, 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. In questo senso, il compito del medico consiste 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 (cfr. DTF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; cfr. anche sentenza del Tribunale federale 9C_13/2007 del 31 marzo 2008). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (cfr. sentenza del Tribunale federale U 529/06 del 28 gennaio 2008 consid. 6.1).

3.2. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che tutti 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 (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c). Ai pareri di specialisti esterni, acquisiti nel quadro del procedimento amministrativo (ai sensi dell'art. 44 LPGa), che si basano su osservazioni e indagini approfondite e che, dopo aver esaminato gli atti, giungono a conclusioni coerenti, va riconosciuto pieno valore probatorio, a meno che non vi siano concreti indizi che ne mettono in dubbio l'affidabilità (cfr. DTF 137 V 210 consid. 1.3.4, 135 V 465 consid. 4.4 e 125 V 351 consid. 3b/bb; vedi anche sentenze del Tribunale federale 9C_290/2022 dell'11 gennaio 2023 consid. 3, 8C_166/2022 del 13 ottobre 2022 consid. 4.1.1, 8C_213/2022 del 4 agosto 2022 consid. 2.3, 8C_84/2022 del 19 maggio 2022 consid. 2.2 e 8C_33/2021 del 31 agosto 2021 consid. 2.2.2).

3.3. Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che, per l'art. 54a LAI, i Servizi medici regionali (di seguito SMR) sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto, come pure dell'art. 49 OAI, risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-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 l'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 (cfr. sentenze del Tribunale federale 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 e 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2).

Se ritengono la documentazione prodotta sufficiente, i SMR apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, di per sé, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (cfr. sentenze del Tribunale federale 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2 e 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012 consid. 4.2.1).

Una valutazione sulla base dei soli atti medici (“*Aktengutachten*”) senza visitare l’assicurato, esplica validamente i suoi effetti se si dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali e se si tratta di valutare la fattispecie sulla base di dati medici oggettivi già accertati, di modo che la valutazione medica diretta della persona assicurata viene messa in secondo piano (cfr. sentenze del Tribunale federale 9C_524/2017 del 21 marzo 2018, consid. 5.1, 8C_184/2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.5 e 9C_839/2008 del 29 ottobre 2009 consid. 5.4).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, nemmeno il giudice 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 (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull’affidabilità e sulla concludenza dei pareri medici interni dell’assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti e DTF 139 V 225, DTF 135 V 465).

3.4. Così come anche confermato nella giurisprudenza, 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 (cfr. sentenze del Tribunale federale 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009 e 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 (cfr. DTF 125 V 353 consid. 3a.cc; sentenza del Tribunale federale 8C_828/2007 del 23 aprile 2008). Il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un’opinione contraddittoria non è sufficiente a mettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall’amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (cfr. sentenze del Tribunale federale 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). Restano riservati i casi in cui una valutazione diversa da quella del perito ufficiale si impone, perché i referti dei medici curanti evidenziano aspetti importanti – non meramente soggettivi – che non sono stati riconosciuti o valutati nella perizia (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.5 seg.; sentenze del Tribunale federale 8C_502/2022 del 17 aprile 2023 consid. 5.1, 8C_80/2022 del 4 maggio 2022 consid. 4, 8C_787/2021 del 23 marzo 2022 consid. 11.2.2, 8C_736/2021 del 22 marzo 2022 consid. 5.2 e 8C_764/2021 del 3 marzo 2022 consid. 4.2).

3.5. Come già rivelato, 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 (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Quanto precede tenuto debitamente conto che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_5/2011 del 27 giugno 2011 consid. 5.5).

Sia la procedura amministrativa che quella dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni sono governate dal principio inquisitorio. Secondo questo principio, l'amministrazione e il tribunale devono garantire d'ufficio l'accertamento corretto e completo dei fatti giuridicamente rilevanti (cfr. art. 43 cpv. 1 e art. 61 lett. c LPGa). L'assicuratore sociale, quale autorità amministrativa e, in caso di ricorso, il tribunale, possono accettare un fatto come provato soltanto se sono convinti della sua esistenza. Nel diritto delle assicurazioni sociali, a meno che la legge non preveda altrimenti, il tribunale deve prendere la sua decisione secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. La semplice possibilità di una certa circostanza non soddisfa i requisiti della prova. Piuttosto, il tribunale deve seguire il resoconto dei fatti che considera il più probabile tra tutti i possibili corsi degli eventi. Il principio inquisitorio esclude necessariamente l'onere della prova nel senso di onere di produrre prove, poiché spetta al tribunale (o all'organo amministrativo chiamato a decidere) raccogliere le prove. Nel procedimento in ambito di assicurazioni sociali, generalmente, le parti hanno l'onere della prova solo nella misura in cui in assenza di prove la decisione va a svantaggio della parte che voleva trarre dei diritti dai fatti non provati. Tuttavia, questa regola ha effetto soltanto se nell'ambito del principio inquisitorio si dimostra impossibile, sulla base di una valutazione delle prove, stabilire fatti che abbiano almeno la probabilità di corrispondere alla realtà (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_17/2017 del 4 aprile 2017 consid. 2.2 con rinvio alla DTF 138 V 218 consid. 6). Il dovere inquisitorio dura fino a quando non vi è sufficiente chiarezza sui fatti necessari per la valutazione della pretesa. Il principio inquisitorio è strettamente legato al principio della libera valutazione delle prove a livello amministrativo e giudiziario.

Se, con una valutazione delle prove completa, accurata, obiettiva e orientata sul contenuto, gli accertamenti da effettuare d'ufficio nell'ambito del principio inquisitorio portano l'assicuratore sociale o il tribunale alla convinzione che un certo fatto è da considerarsi prevalentemente probabile e che ulteriori misure di prova non potrebbero più modificare questo risultato stabilito, la rinuncia all'assunzione di

ulteriori prove non costituisce una violazione del diritto di essere sentiti (valutazione anticipata delle prove). Tuttavia, se permangono dubbi significativi sulla completezza e/o sulla correttezza delle costatazioni fatte, devono essere effettuati ulteriori accertamenti, nella misura in cui dalle ulteriori misure di prova ci si possano ancora attendere nuove risultanze essenziali (cfr. per il tutto sentenza del Tribunale federale 8C_281/2018 del 25 giugno 2018 consid. 3.2.1). Se l'assicuratore sociale, rispettivamente l'amministrazione, non ottempera al suo dovere inquisitorio o lo fa solo parzialmente, la causa può essere rinviata per ulteriori accertamenti e seguente nuovo giudizio (cfr. DTF 132 V 368 consid. 5).

4. Accertamento medico

4.1. Nel caso in rassegna, come già rivelato, il ricorrente condivide la conclusione secondo cui presenterebbe una piena incapacità lavorativa nell'attività consueta di operaio/manutentore stradale. Non risulterebbe invece sufficientemente chiaro su quali basi si fondi l'opinione del convenuto riguardo all'asserita capacità lavorativa residua in un'attività adeguata alternativa, in quanto non sarebbe stata svolta alcuna indagine medica appropriata. L'opinione espressa dal SMR non considererebbe comunque in maniera sufficiente quanto hanno espressamente rilevato nei loro rispettivi rapporti l'"H. _____" il 20 febbraio 2026, il dr. med. C. _____ il 4 giugno 2024 ed il dr. med. D. _____ il 18 marzo 2026.

Inoltre, a suo avviso, in considerazione della sua età avanzata e della sua storia professionale caratterizzata esclusivamente da attività lavorative fisiche, senza formazione professionale, risulterebbe evidente che un cambio di attività professionale non è realisticamente perseguibile; essendo egli de facto non più collocabile nel mondo del lavoro. A maggior ragione, ritenuto che si presume l'impossibilità di sfruttare la capacità lavorativa residua quando l'attività lavorativa ragionevolmente esigibile è possibile solo in una misura così limitata che il mercato del lavoro equilibrato praticamente non la conosce, oppure solo con concessioni non realistiche da parte di un datore di lavoro medio, e pertanto la possibilità di trovare una posizione corrispondente è fin dall'inizio da escludersi. Per persone in età avanzata, occorrerebbe tener conto delle particolari difficoltà nel trovare un'attività lavorativa compatibile. Il ricorrente è prossimo alla pensione. La durata residua prevista dell'attività lavorativa sarebbe di conseguenza talmente corta da non essere oggettivamente sfruttabile. Anche nell'ipotesi in cui gli si vorrebbe imputare una capacità lavorativa residua in un'altra attività, il principio del mercato del lavoro equilibrato imporrebbe che, per ritenere una persona ancora inseribile professionalmente, la sua capacità residua dovrebbe essere effettivamente e realisticamente sfruttabile in un contesto lavorativo accessibile, senza aspettarsi

concessioni irrealistiche da parte dei datori di lavoro. Vivendo egli in una valle di montagna, l'offerta di lavoro risulterebbe oltremodo limitata. In questo caso, la combinazione dell'età, della formazione, delle condizioni mediche e della mancanza di esperienze alternative escluderebbe la concreta possibilità di un collocamento sul mercato del lavoro, anche in settori meno esigenti dal punto di vista fisico. Infine, la vicinanza al pensionamento ordinario dovrebbe essere considerata un elemento rilevante nell'analisi complessiva, poiché ridurrebbe ulteriormente le prospettive di riqualificazione e reinserimento. In quest'ordine d'idee, ci si ritroverebbe in presenza di un'incapacità lavorativa totale e permanente. Il grado d'invalidità sarebbe pertanto da stabilire nell'ordine del 100 %.

4.2. Il convenuto, per contro, fonda la propria decisione sul rapporto finale, che per il SMR ha redatto la dr.ssa med. E._____ il 22 aprile 2025, così come riportato nel rispettivo *Case Report* (cfr. act AI 207 pag. 9): *“Der jetzt 63 jährige Gemeindemitarbeiter Strassenunterhalt leidet seit Jahrzehnten unter Beschwerden des Bewegungsapparats. Rücken- und Hüftbeschwerden führten bereits 2018 zur Einstufung, dass die angestammte Tätigkeit bestenfalls teilweise zuzumuten war, da spezifische Entlastung von belastenden Aufgaben durch Kollegen organisiert wurde. Die aktuelle Anmeldung erfolgte nach neuerlicher Arbeitsunfähigkeit, wiederum bei Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beider Beine. Im Rahmen der Behandlung fiel zusätzlich eine Gangunsicherheit auf, die durch Auswirkungen einer Polyneuropathie (Schädigung peripherer Nerven, wohl im Rahmen eines Diabetes mellitus) verursacht ist. Der Gesundheitszustand hat sich verschlechtert. Schon 2018 erging die fachärztliche rheumatologische Einschätzung, dass die aktuelle Tätigkeit im Strassenbau nicht mehr zuzumuten ist. Dies gilt bei neuer, eigenständiger Gangunsicherheit umso mehr. Die Gangunsicherheit würde sich grundsätzlich zusätzlich qualitativ auf jegliche Tätigkeiten auswirken – Tätigkeiten im Gehen, Gehen ohne Sichtkontrolle und Besteigen von Leitern ist gar nicht mehr möglich, Treppenlaufen nur noch stark eingeschränkt. Auf dieser Basis muss der Anspruch auf Leistungen überprüft werden”*.

4.3. Il ricorrente, facendosi forte di quanto hanno indicato nei loro rispettivi rapporti l'”H._____”, dr. med. C._____ ed il dr. med. D._____, contesta le conclusioni finali esposte dalla dr.ssa med. E._____ per il SMR nel suo rapporto finale. In particolare, contesta la conclusione secondo cui risulterebbe ancora una capacità lavorativa residua del 70 % in altre attività lavorative adatte allo stato di salute.

Come già rammentato, qualora sussistano anche solo lievi dubbi sulla loro attendibilità e concludenza, senza acquisire una perizia esterna non ci si può fondare sull'esito di accertamenti medici interni all'assicurazione – tra i quali rientrano anche i rapporti del SMR (cfr. DTF 139 V 225 consid. 5.2 e 135 V 465 consid. 4.4 in fine; cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_24/2024 del 23 dicembre 2024 consid. 4.3).

Nel suo rapporto finale del 22 aprile 2025, posto alla base della decisione contestata, il SMR conclude, ritenendo il ricorrente ancora abile nella misura del 70 %. A sostegno di quest'ultima conclusione, come giustamente critica il ricorrente, il SMR non pone sufficienti motivazioni. Correttamente la dr.ssa med E._____ del SMR valuta e considera le limitazioni dell'assicurato in funzione dei disturbi all'apparato locomotore ed in altrettanto modo, pure a giusta ragione, tiene presente l'attuale insicurezza nella deambulazione. Tuttavia, lo stesso medico non spiega in maniera sufficientemente convincente per quale motivo l'assicurato, in attività adeguate ai suoi limiti funzionali, dovrebbe ancora risultare abile al lavoro nella misura del 70 % (cfr. act AI 207 pag. 9); ciò nemmeno risulta evidente alla luce dei disturbi riscontrati all'apparato locomotore.

In concreto, manca pure un confronto con l'opinione che hanno espresso i medici curanti dell'assicurato nel contesto della presente procedura. Innanzitutto, manca un confronto con l'opinione che ha espresso il dr. med. F._____ nel suo rapporto del 28 agosto 2024. In quest'ultimo, sulla base di esami clinici eseguiti, il medico ha riferito un'ostecondrosi erosiva progressiva L5/S1 con formazione di una stenosi foraminale di grado elevato; per questo ha anche avviato un trattamento infiltrativo e pure già raccomandato un intervento chirurgico. Lo stesso medico ha nel contempo certificato un'incapacità lavorativa (cfr. act. AI 210 pag. 1 segg.). Pure manca un confronto con quanto ha rilevato il dr. med. D._____ nel suo rapporto del 4 dicembre 2024 (cfr. act. AI 210 pag. 8 segg.) e non da ultimo anche un confronto con quanto ha rilevato il dr. med. G._____ nel suo rapporto del 21 maggio 2025, nel quale sono riferiti disturbi refrattari alla terapia con conseguente un'incapacità lavorativa (cfr. act. AI 210 pag. 10). Un confronto manca anche con quanto ha messo in evidenza il dr. med. C._____ nel suo rapporto del 4 giugno 2025, nel quale si riferisce di discopatie della colonna dorsale e lombare con stenosi foraminale, diagnosi di una sindrome panvertebrale nonché di una polineuropatia con ripercussioni sulla capacità lavorativa (cfr. act. AI 210 pag. 11 segg.). Tutti i numerosi disturbi succitati necessitano di un approfondimento ed in particolare con riferimento alla loro incidenza sulla capacità lavorativa in attività adeguate del ricorrente.

In concreto, oltretutto, nemmeno va disatteso che i disturbi sofferti dal ricorrente sono prevalentemente all'apparato locomotore; di origine ortopedica. Il medico del SMR, la dr.ssa med. E._____, tuttavia è specialista in neurologia. Secondo la giurisprudenza, l'assenza di una qualifica specialistica pertinente può, in linea di principio, costituire un ulteriore indizio contrario all'attendibilità di un rapporto medico (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_296/2025 del 30 gennaio 2026 consid. 5.2). Anche per i rapporti interni ai sensi di quanto è stabilito nell'art. 49 cpv. 1 OAI, nei quali i medici SMR – come nel caso di specie – valutano dal punto di vista medico i reperti disponibili senza effettuare essi stessi accertamenti medici, in linea di principio, sono richieste, nel singolo caso, le qualifiche personali e specialistiche necessarie (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_592/2025 del 10 dicembre 2025 consid. 4.2, 8C_342/2023 del 7 dicembre 2023 consid. 5.7.2, 8C_33/2021 del 31 agosto 2021 consid. 2.2.2 e 9C_550/2020 del 30 novembre 2020 consid. 5.3). Ciò non è avvenuto nel caso concreto.

Nel complesso, i fatti giuridicamente rilevanti risultano pertanto accertati in modo perlomeno incompleto per quanto concerne la capacità lavorativa ancora a disposizione dell'assicurato in attività adeguate. L'incarto deve conseguentemente essere rinviato al convenuto affinché predisponga una perizia pluridisciplinare; in particolare considerate le specializzazioni in ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore, neurologia e pneumologia.

4.4. Per i succitati motivi la decisione impugnata deve quindi essere annullata e gli atti vanno dunque rinviati al convenuto perché proceda con ulteriori accertamenti medici pluridisciplinari e, successivamente, con l'emissione di una nuova decisione riguardo alla domanda di prestazioni AI che il ricorrente ha presentato il 9 gennaio 2025. Il convenuto risulta infatti aver rifiutato ogni diritto del ricorrente a prestazioni assicurative senza prima aver compiutamente accertato tutti i fatti rilevanti.

4.5. Nell'ordine in cui con il ricorso il ricorrente chiede l'allestimento di una perizia medica per il tramite del Tribunale, nel caso concreto la sua domanda non può invece essere accolta.

Come già rivelato, se permangono dubbi significativi sulla completezza e/o sulla correttezza delle constatazioni fatte, devono essere effettuati ulteriori accertamenti, nella misura in cui dalle ulteriori misure di prova ci si possano ancora attendere nuove risultanze essenziali (cfr. per il tutto sentenza del Tribunale federale 8C_281/2018 del 25 giugno 2018 consid. 3.2.1). Se l'assicuratore sociale, rispettivamente l'amministrazione, non ottempera al suo dovere inquisitorio o lo fa

solo parzialmente, così com'è avvenuto nel caso concreto, per ulteriori accertamenti la causa può essere rinviata (cfr. DTF 132 V 368 consid. 5).

5. Abilità al collocamento

Nei suoi allegati, il ricorrente fa valere l'impossibilità di valorizzare la sua capacità lavorativa residua a causa dell'età avanzata e chiede già solo per tale motivo il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità.

Per giurisprudenza, effettivamente, l'età avanzata, unitamente ad altre circostanze personali e professionali, può comportare che la capacità lucrativa residua rimasta ad una persona assicurata non sia realisticamente più richiesta sul mercato del lavoro equilibrato. Determinanti sono le circostanze del caso concreto, quali la natura e le caratteristiche del danno alla salute e delle sue conseguenze, il prevedibile dispendio di adattamento e di formazione iniziale e, in tale contesto, anche la struttura della personalità, le capacità e competenze disponibili, la formazione, il percorso professionale o l'applicabilità dell'esperienza professionale maturata nell'ambito abituale. Per stabilire il momento in cui dev'essere esaminata la questione della valorizzabilità della capacità lavorativa residua in età avanzata, occorre fare riferimento al momento in cui risulta accertata l'esigibilità medica di un'attività lucrativa, anche parziale (cfr. DTF 146 V 16 consid. 7.1, 145 V 2 consid. 5.3.1 e 138 V 457 consid. 3; cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_659/2024 del 28 gennaio 2026 consid. 3.2 e 9C_59/2025 dell'8 gennaio 2026 consid. 5.1.1). L'esigibilità medica di un'attività lucrativa, anche parziale, è considerata dimostrata non appena la documentazione medica consente, al riguardo, un accertamento affidabile dei fatti (cfr. DTF 143 V 431 consid. 4.5.1).

Nel caso concreto le circostanze succitate andrebbero puntualmente esaminate in applicazione di parametri che risultano assai restrittivi (cfr. sentenze del Tribunale federale 9C_59/2025 dell'8 gennaio 2026 consid. 5.1.2, 9C_39/2022 del 24 marzo 2022 consid. 4.2 e 9C_141/2021 del 12 aprile 2022 consid. 5.1). Nel caso in rassegna, così come già rilevato nei precedenti consideranti, siccome la causa deve essere rinviata al convenuto per ulteriori accertamenti medici, da questo esame si può prescindere in questa sede anche perché a seguito del rinvio degli atti, il convenuto pure dovrà pronunciarsi sulla possibilità o sull'impossibilità del ricorrente di valorizzare la capacità lavorativa residua in considerazione della sua età avanzata.

Non va infatti disatteso che il ricorrente ha presentato la domanda di prestazioni Al oggetto della presente procedura il 9 gennaio 2025, ossia quando aveva già

compiuto 62 anni di età. Quando il convenuto ha emanato il suo progetto di decisione, il 24 aprile 2025, e la sua decisione contestata, il 12 giugno 2025, il ricorrente aveva invece già compiuto 63 anni di età. Il ricorrente, di conseguenza, potrebbe quindi effettivamente appartenere a quella categoria di persone per le quali occorre presumere che, a causa della loro età, non possono di principio intraprendere di loro iniziativa tutto quello che può ragionevolmente essere preteso da loro per sfruttare la loro capacità lavorativa medico-teorica per reinserirsi nel mercato del lavoro.

6. Ripartizione dei costi

6.1. Ai sensi dell'art. 69 cpv. 1^{bis} LAI i.u.c. l'art. 61 lett. f^{bis} LPGA, 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 CHF 200.00 e CHF 1'000.00 in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Secondo costante prassi, un giudizio di rinvio per ulteriori accertamenti e per una nuova decisione corrisponde alla soccombenza completa della parte convenuta (cfr. DTF 141 V 281 consid. 11.1, 137 V 210 consid. 7.1, 132 V 215 consid. 6.2). Visto l'esito del ricorso, le spese della presente procedura, fissati a CHF 700.00, sono quindi poste a carico del convenuto (cfr. art. 73 cpv. 1 LGA).

6.2. In virtù dell'art. 61 lett. g LPGA, il ricorrente ha diritto al rimborso delle spese a titolo di ripetibili a carico del convenuto soccombente. La determinazione dell'indennità avviene indipendentemente dal valore litigioso secondo l'importanza della lite e la complessità del procedimento. Per il resto, la determinazione dell'indennità avviene, conformemente all'art. 61 LPGA, secondo il diritto cantonale (cfr. sentenze del Tribunale federale 9C_455/2022 del 13 novembre 2023 consid. 11.3.1, 9C_519/2020 del 6 maggio 2021 consid. 2.2, 9C_64/2019 del 25 aprile 2019 consid. 4, 9C_714/2018 del 18 dicembre 2018 consid. 9.2 e 9C_321/2018 del 16 ottobre 2018 consid. 6.1). Ai sensi dell'art. 78 LGA i.u.c. l'art. 2 OOA (Ordinanza sull'onorario degli avvocati; CSC 310.250), il Tribunale stabilisce d'ufficio l'indennità, tenendo conto delle spese adeguate e necessarie indicate nella nota d'onorario, nonché della tariffa d'oraria usuale.

6.3. La nota d'onorario datata 22 settembre 2025 ed inoltrata dal rappresentante legale del ricorrente (act. G.3) per un importo totale di CHF 8'347.95, composto da un onorario di CHF 7'497.50 (15.75 ore d'avvocato a CHF 270.00/ora e 14.75 ore di praticante a CHF 220.00/ora [nel presente caso è stato trasmesso l'accordo sull'onorario, cfr. act. G.2]), spese di cancelleria e postali (forfettario 3 %) di complessivi CHF 224.95, nonché su tutto l'IVA dell'8.1 %, come anche giustamente

fatto valere dal convenuto, va decurtata, assodato che il dispendio fatto valere non appare adeguato alla complessità e all'estensione del caso da giudicare.

Agli atti risulta un ricorso di dieci pagine ed una replica di otto pagine. Al rappresentante legale del ricorrente va sì riconosciuto il tempo impiegato per lo studio della situazione giuridica e fattuale; tuttavia, il tempo indicato come necessario a tal fine è ritenuto eccessivo. Nella nota d'onorario sono peraltro elencati diversi contatti con il cliente e con l'assicurazione di protezione giuridica senza che sia in realtà comprensibile per quale motivo quest'ultimi fossero necessari. Dopo aver già allestito il ricorso, il dispendio di tempo per la replica appare oltremodo eccessivo. Adeguato può ritenersi piuttosto un onorario complessivo di nove ore per l'attività dell'avvocato (a CHF 270.00/ora) e di sei ore per il giurista (a CHF 202.50 se si considera che per l'art. 6 cpv. 1 OOA l'onorario dei giuristi praticanti va stabilito nell'ordine del 75 % della tariffa oraria per l'avvocato: 75 % di CHF 270.00 = CHF 202.50); ossia complessivi CHF 3'645.00 (CHF 2'430.00 + CHF 1'215.00). A ciò si aggiungono spese per CHF 109.35 (3 % di CHF 3'645.00) e l'IVA per CHF 304.10 (8.1 % di CHF 3'754.35). Al ricorrente il convenuto deve pertanto versare l'importo di complessivi CHF 4'058.45 (in proposito cfr. anche sentenza del Tribunale federale 8C_63/2014 del 12 maggio 2014 consid. 7.1).

Il Tribunale d'appello pronuncia:

1. Il ricorso è accolto e la decisione del 12 giugno 2025 annullata. Gli atti sono rinviati all'Istituto delle assicurazioni sociali del Cantone dei Grigioni, Ufficio AI, per ulteriori chiarimenti ai sensi dei considerandi e per nuova decisione riguardo alla domanda di prestazioni AI.
2. Le spese processuali di CHF 700.00 sono poste a carico dell'Istituto delle assicurazioni sociali del Cantone dei Grigioni, Ufficio AI.
3. L'Istituto delle assicurazioni sociali del Cantone dei Grigioni, Ufficio AI, versa a A. _____ l'importo di CHF 4'058.45 (spese e IVA incluse) a titolo di ripetibili.
4. [Rimedi giuridici]
5. [Comunicazione]