

GR_GERICHTE SV1 2025 15 vom 17. November 2025

GR Gerichte, 2025-11-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV1_2025_15

FR: GR_GERICHTE SV1 2025 15 du 17 novembre 2025

IT: GR_GERICHTE SV1 2025 15 del 17 novembre 2025

Regeste

rendita d'invalidità | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 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 del 19 febbraio 2025 è quindi un oggetto di contestazione idoneo per un procedimento 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 LAI in unione con l'art. 57 LPGa (RS 830.1) e l'art. 49 cpv. 2 lett. a LGA (CSC 370.100). In quanto destinatario formale e materiale della decisione impugnata, 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 (art. 1 cpv. 1 LAI in unione con l'art. 59 LPGa). Si può dunque entrare in merito al ricorso, che è tempestivo ed è stato presentato nella forma dovuta (art. 1 cpv. 1 LAI in unione con gli artt. 60 cpv. 1 e 2, 38 cpv. 1 e 61 lett. b LPGa).

E. 6

/ 28 2.1. Nella fattispecie in esame è controverso il quesito se il convenuto abbia giustamente revocato la rendita d'invalidità retroattivamente a decorrere dal 1° novembre 2020. In particolare, viene contestato il motivo di revisione. Inoltre, è controverso se il ricorrente abbia violato l'obbligo di informare, nonché se sussista un nesso causale tra il danno alla salute con ripercussioni sulla capacità lavorativa e l'incapacità al guadagno permanente o di lunga durata, ovvero l'entità dell'incapacità lavorativa. D'altronde, va rilevato che l'esecuzione e l'esito dell'osservazione non vengono contestati. Pertanto, la decisione del 19 febbraio 2025 in merito alla revoca retroattiva dell'assegno per grandi invalidi, nonché le successive decisioni in merito al rimborso (cfr. act. AI 368 seg.) non sono state contestate, per cui, formalmente, sono passate in giudicato e non sono oggetto della presente controversia. 2.2. Il 1° gennaio 2022 è entrata in vigore la legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (sviluppo ulteriore dell'AI). Per i beneficiari di rendite che avevano già compiuto il 55esimo anno di età al momento dell'entrata in vigore della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità, continua ad applicarsi il diritto previgente (disposizione transitoria LAI relativa alla modifica del 19 giugno 2020, lett. c). In data 1° gennaio 2022, il ricorrente aveva 58 anni. Ciò significa, da un lato, che egli rimane soggetto al precedente sistema di rendite con i gradi di rendita a quarti fino alla sua uscita dall'assicurazione per l'invalidità e, dall'altro lato, che vanno applicate anche le disposizioni materiali di diritto valide fino all'entrata in vigore dello sviluppo ulteriore dell'AI. Queste disposizioni riguardano in particolare i criteri per la valutazione dell'invalidità nonché i

requisiti per una revisione delle prestazioni (cfr. Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità [CIRAI], valida dal 1° gennaio 2022, stato 1° gennaio 2025, n. 9214). 3. Nella misura in cui il ricorrente invoca, sotto il profilo formale, una violazione del suo diritto di essere sentito, poiché nella decisione impugnata non sarebbero state minimamente considerate le sue censure sollevate mediante obiezioni del 1° febbraio 2024, le sue censure non meritano conferma. L'obbligo di motivazione derivante dal diritto di essere sentiti ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. non prevede che l'autorità si confronti con tutti i punti di vista delle parti e confuti espressamente ogni singola argomentazione. L'autorità amministrativa deve pertanto menzionare, per lo meno brevemente, i motivi che l'hanno condotta ad adottare un determinato provvedimento, in modo tale che l'interessato possa rendersi conto della portata della decisione e impugnarla con cognizione di causa. Essa non ha l'obbligo di esporre e discutere tutti i fatti, i mezzi di prova e le censure invocati dalle parti, ma può, al contrario, limitarsi all'esame delle questioni topiche per l'esito della

E. 6.1

Secondo la giurisprudenza, di regola, non sussiste un danno alla salute assicurato nella misura in cui la limitazione della capacità lavorativa risulta da un'esagerazione dei sintomi o costellazioni simili. Indizi di tali e altre manifestazioni di guadagno di malattia secondario (in tedesco: sekundärer Krankheitsgewinn; cfr. DTF 140 V 193 consid. 3.3) emergono, in particolare, quando sussiste una discrepanza significativa tra i dolori descritti e il comportamento osservato o

E. 6.2

Nella valutazione consensuale in merito al materiale dell'osservazione, gli esperti rilevano che alcune attività svolte dal ricorrente, come ad esempio spaccare la legna con un pesante attrezzo, tagliare l'erba, muoversi con scarpe non calzate correttamente, consultare lo smartphone, pubblicare sui social delle foto, risulterebbero essere poco plausibili con la condizione di quasi cecità (act. AI 291 pagg. 53, 61 e 76). Inoltre, per quanto riguarda la coerenza, viene segnalato che, nonostante il ricorrente abbia dichiarato di fare un modico consumo di alcol, agli esami ematici si sarebbe rilevato un CDT al di sopra del valore soglia, a indicare un consumo di etanolo superiore a 60 g al giorno. Tale dato risulterebbe confermato dai valori gamma nonché dal reperto ecografico evidenziante un quadro di steatosi epatica (act. AI 291 pag. 61 e 76). Dal punto di vista oftalmologico, la maculopatia limiterebbe tanto le attività lavorative quanto le attività della vita quotidiana. Inoltre, le risultanze dell'osservazione sembrerebbero dimostrare una certa capacità di adattamento alla propria situazione di ipovedente, comprovata da riscontri oggettivi. Sotto l'aspetto neurologico non sarebbero stati rilevati segni di esagerazione o simulazione e sia l'esame clinico che l'elettroencefalogramma sarebbero concordi e compatibili con lo stato di salute del ricorrente. Invece, nell'ambito del consulto psichiatrico, emergerebbero delle incoerenze principali dalla testistica – il ricorrente

E. 6.3

Nonostante il fatto che gli esperti nella loro valutazione consensuale giungano alla conclusione che vi sarebbero incoerenze a livello psichico, così come una tendenza ad amplificazione sintomatologica, essi attestano al ricorrente un'incapacità lavorativa totale in base allo stato di salute dal punto di vista oftalmologico. Pertanto, il convenuto giunge alla conclusione che si sarebbe in presenza di esagerazione mediante la propria valutazione del materiale d'osservazione, senza fondarsi in modo preciso sugli atti medici, nonché sulla

perizia pluridisciplinare del SAM. Da essa emerge un esame medico del materiale di osservazione che non può fondare con certezza la fattispecie considerata dal convenuto. Nella loro valutazione consensuale (cfr. act. AI 291 pagg. 53, 61 e 76), gli esperti rilevano brevemente le attività riportate dall'Ufficio AI, ovvero del servizio Lotta agli abusi assicurativi (LAA). Segnatamente, la fattispecie che il ricorrente spaccerebbe in modo preciso la legna con un attrezzo pesante (ascia spaccalegna e cuneo) non emerge dall'osservazione avvenuta nei mesi di settembre e ottobre del 2020, bensì dalla segnalazione di terzi del 17 aprile 2020 (cfr. act. AI 229; cfr. anche act. AI 205 pagg. 3 segg., 207 pag. 2 seg., 231 pag. 5). In generale, nella perizia manca una valutazione medica approfondita, nella quale confluiscono le risultanze del materiale dell'osservazione avvenuta nei mesi di settembre e ottobre del 2020. L'esperto in tale ambito, il Dr. med. T. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, nella sua perizia psichiatrica dell'11 luglio 2022 (act. AI 291 pagg. 147 segg.), si limita a descrivere il materiale dell'osservazione (cfr. act. AI 291 pag. 162), senza trarre delle conclusioni come tale risultato debba essere interpretato nel contesto medico-specialistico (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_908/2017 e 9C_3/2018 del 22 ottobre 2018 consid. 7.2 con rinvii). Egli rileva soltanto che l'osservazione clinica non confermerebbe la presenza di elementi

E. 7

/ 28 controversia (DTF 146 II 335 consid. 5.1, 143 III 65 consid. 5.2, 142 II 154 consid. 4.2). Il diritto di essere sentito è leso, soltanto se l'autorità omette di pronunciarsi su questioni che presentano una certa pertinenza o di prendere in considerazione dei fatti e degli argomenti importanti per la decisione da adottare (DTF 143 III 65 consid. 5.2, 142 II 154 consid. 4.2, 141 V 557 consid. 3.2.1). L'autorità convenuta ha motivato la revoca retroattiva della rendita con una motivazione – seppur succinta – e ha ribadito le costatazioni già esposte in precedenza nell'ambito dei progetti di decisione. Sostanzialmente, viene considerato che sussisterebbe una notevole esagerazione dei sintomi e delle dichiarazioni discordanti relative allo stato di salute. Inoltre, non esisterebbe un danno alla salute che darebbe diritto a prestazioni. Queste considerazioni possono essere sostanzialmente comprese. Poiché le conclusioni risultano con sufficiente chiarezza dalla decisione del 19 febbraio 2025, il ricorrente è stato in grado di impugnarle adeguatamente. Pertanto, non sussiste alcuna violazione del diritto di essere sentito. Ma anche nella misura in cui si volesse ammettere una violazione del diritto di essere sentito, essa andrebbe in ogni caso ritenuta sanata in questa procedura di ricorso. 4. Revisione 4.1.1. Per quanto riguarda l'esistenza di un motivo di revisione, va approfondito in base agli atti disponibili se si è in presenza di una modifica notevole delle circostanze, suscettibile di incidere sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. L'autorità convenuta ritiene che sussista una chiara esagerazione o simulazione a sostegno di revisione, motivo per cui essa considera che il ricorrente non soffrirebbe di un danno alla salute che darebbe diritto a prestazioni. Egli avrebbe violato l'obbligo di informare, nonché ottenuto indebitamente prestazioni in presenza di un comportamento scorretto dovuto a negligenza (ma probabilmente addirittura intenzionale). La decisione impugnata è fondata solamente sull'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI (RS 831.201). 4.1.2. Il ricorrente ribadisce invece che lo stato di salute sarebbe rimasto invariato. La perizia multidisciplinare avrebbe confermato che, quanto sarebbe stato rilevato al momento dell'assegnazione della rendita AI, non si sarebbe sostanzialmente modificato. Dal punto di vista oftalmologico, non risulterebbe un notevole peggioramento o una rilevante modifica dello stato di salute (cfr. act. A.1 pag. 7). 4.2.1. Se il grado di invalidità di un beneficiario di rendita subisce una modifica importante (cioè un

cambiamento rilevante), che è idonea a influenzare il grado stesso e, di conseguenza, il diritto alla rendita, la prestazione può essere adeguata,

E. 7.1

Secondo l'art. 43 cpv. 1 LPGA, l'Ufficio AI esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Se sono necessari o ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l'assicurato deve sottoporvisi (art. 43 cpv. 2 LPGA). Se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia (art. 43 cpv. 3 LPGA). Sebbene l'ente assicurativo, in caso di violazione ingiustificata dell'obbligo di informare e collaborare da parte della persona assicurata, possa decidere sulla base degli atti o sospendere le indagini e decidere di non entrare in merito, nonché considerato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, la violazione colpevole dell'obbligo di collaborazione comporta l'inversione dell'onere della prova (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_283/2020 del 4 agosto 2020 consid. 3.2 con rinvii), l'ente assicurativo deve tuttavia avviare una procedura di diffida e concedere un termine di riflessione.

E. 7.2

Nel caso in esame, la conclusione del convenuto è avvenuta in modo errato. Egli ha motivato la propria decisione senza considerare sufficientemente le valutazioni mediche, basandosi solamente sull'ipotesi che il ricorrente sarebbe venuto a meno dell'onere di informare e collaborare. In caso di violazione ingiustificata di tale obbligo, il convenuto avrebbe, inoltre, dovuto obbligatoriamente

E. 8

/ 28 ridotta o soppressa per il futuro, d'ufficio o su richiesta (art. 1 LAI in unione con il vecchio art. 17 cpv. 1 LPGA, artt. 87, 88a e 88bis OAI). 4.2.2. Conformemente all'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto per il futuro, con effetto ex nunc, il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a), oppure, con effetto ex tunc, retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se il beneficiario ha ottenuto indebitamente la prestazione o ha violato l'obbligo di informare impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI, indipendentemente dal fatto che la prestazione abbia continuato a essere versata a causa dell'ottenimento indebito della medesima o della violazione dell'obbligo di informare (lett. b). In virtù dell'art. 77 OAI, l'avente diritto, il suo rappresentante legale, le autorità o i terzi cui è versata la prestazione devono comunicare immediatamente all'Ufficio AI ogni cambiamento rilevante per la determinazione del diritto alle prestazioni, in particolare ogni cambiamento dello stato di salute, della capacità al guadagno o al lavoro, dello stato di grande invalidità, del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità, del luogo di residenza determinante per stabilire l'importo dell'assegno per grandi invalidi e del contributo per l'assistenza e delle condizioni personali ed eventualmente economiche dell'assicurato. 4.2.3. Ogni notevole modifica delle circostanze di fatto, atta a influenzare il grado di invalidità, che insorge dopo l'ultima decisione di rendita, costituisce un motivo per una revisione (materiale) della rendita. In

particolare, la rendita può essere sottoposta alla revisione in caso di modifica significativa dello stato di salute. Inoltre, anche in presenza di uno stato di salute sostanzialmente invariato, sono rilevanti i mutamenti con ripercussioni sulla capacità lavorativa. Al contrario, una diversa valutazione di una situazione sostanzialmente invariata è irrilevante nel contesto della revisione (cfr. DTF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 nonché sentenza del Tribunale federale 9C_135/2021 del 27 aprile 2021 consid. 2.1 con rinvii). Né un'incapacità lavorativa attestata in modo diverso rispetto a precedenti valutazioni mediche né una diversa classificazione diagnostica della patologia invocata sono, di per sé, sufficienti per giungere alla conclusione che vi sia stato un miglioramento dello stato di salute; è invece necessaria una modifica del quadro clinico (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_250/2024 del 14 aprile 2025 consid. 2.2, 9C_344/2022 del 20 febbraio 2023 consid. 2.1, entrambi con rinvii). 4.2.4. Base di confronto per la valutazione della sussistenza di una modifica rilevante del grado di invalidità ai sensi del vecchio art. 17 cpv. 1 LAI è l'ultima

E. 8.3

In merito all'esistenza di un motivo di revisione o di una modifica rilevante nella fattispecie ai fini del diritto alla rendita, non è possibile fare riferimento alla perizia SAM, in quanto la situazione fattuale rilevante dal profilo giuridico risulta insufficientemente accertata a causa di una mancata adeguata valutazione del materiale dell'osservazione (cfr. i precedenti considerandi 6.2. seg.). L'esito degli ulteriori accertamenti oftalmologici, che lasciano emergere una lacuna nell'anamnesi in tutte le discipline, consentirebbero un accertamento più esaustivo del deficit funzionale visivo (cfr. i precedenti considerandi 8.2.1. seg.). Gli stessi esperti del SAM, nella loro valutazione consensuale, hanno peraltro rilevato che le differenze riscontrate nelle informazioni anamnestiche personali e documentali renderebbero difficile determinare l'evoluzione temporale dello stato di salute del ricorrente senza poter ipotizzare un miglioramento significativo delle condizioni di salute (cfr. act. AI 291 pag. 83 seg.). Tale conclusione andrebbe esaustivamente chiarita in base all'anamnesi completa, affinché sia possibile dedurre dallo stato di salute il termine e il deficit funzionale delle patologie rilevanti. Senza tale elemento, vi sono dei notevoli dubbi in merito alla valutazione che l'incapacità lavorativa del ricorrente, anche in ambito di attività adattata, ammonti effettivamente al 100 % sin dal 1° novembre 2020.

E. 9

/ 28 decisione passata in giudicato che si fonda su un accertamento sostanziale del diritto alla rendita, con una corretta ricostruzione dei fatti, una valutazione delle prove e l'effettuazione di un confronto reddituale conforme al diritto (cfr. OSWALD, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers [ed.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5a ed. 2024, art. 17 n. 31; DTF 133 V 108 consid. 5; sentenze del Tribunale federale 8C_55/2023 dell'11 luglio 2023 consid. 4.2.2, 9C_26/2022 del 30 maggio 2022 consid. 2.2, 9C_346/2019 del 6 settembre 2019 consid. 2.1.1). Qualora, a seguito di tale confronto, si constati che nel periodo oggetto di valutazione il grado di invalidità non abbia subito una modifica rilevante sotto il profilo giuridico, permane lo stato giuridico preesistente (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_336/2017 dell'11 ottobre 2017 consid. 4.1, 8C_441/2012 del 25 luglio 2013 consid. 3.1.3). In caso contrario, occorre invece riconoscere la sussistenza di un motivo di revisione e adeguare la rendita concessa in funzione della modifica accertata (cfr. MEYER/REICHMUTH, in: Stauffer/Cadinaux [ed.], Recht-sprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung

IVG, 4. ed. 2022, art. 30 n. 13 segg.). Il diritto alla rendita deve essere esaminato in modo completo, ovvero in tutto lo spettro, sia dal profilo giuridico che fattuale, senza vincolo rispetto a valutazioni precedenti (cfr. DTF 141 V 9 consid. 2.3, 6.1 e 6.4 nonché 117 V 198 consid. 4b; sentenze del Tribunale federale 8C_280/2020 del 21 dicembre 2020 consid. 3.1, 9C_11/2019 del 16 luglio 2019 consid. 3.3, 8C_825/2018 del 6 marzo 2019 consid. 6.7).

5.1. Nel caso in esame, la base di confronto è la decisione del 14 maggio 2014, in cui è stata riconosciuta una rendita intera d'invalidità (inclusa una rendita per i figli) a partire dal 1° giugno 2012 (act. AI 153 e 160). Essa poggia le sue basi in particolare sui seguenti referti medici: 5.1.1. Nel referto medico del 16 dicembre 2011, il Dr. med. D. _____, oftalmologo, E. _____, riferisce di peggioramento funzionale dell'occhio destro, ma soprattutto dell'occhio sinistro, nell'ordine di più di 2/10 rispetto alla precedente e ultima visita di controllo dell'1° marzo 2011. Conclude, affermando che per la perdita della stereopsi, in quanto monocolo funzionale, il paziente non sarebbe in grado di svolgere la propria attività lavorativa (act. AI 61 pag. 2). 5.1.2. Dal referto medico del Dr. med. F. _____, specialista in oftalmologia e oftalmochirurgia, G. _____, del 22 dicembre 2011 sull'esito dell'esame angiografico, emerge che l'esame all'occhio sinistro è sovrapponibile alla precedente valutazione del 19 agosto 2010; all'occhio destro sarebbe comparsa un'attività subfoveale responsabile dell'ulteriore riduzione della capacità visiva.

E. 9.1

Qualora il competente tribunale delle assicurazioni sociali ritenga, come nel caso in esame, che una questione non è sufficientemente chiarita dal punto di vista medico e che, di conseguenza, anche la valutazione delle prove effettuata dall'amministrazione risulta incompleta, esso ha la possibilità, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, di rinviare la causa all'ente assicurativo competente, anziché disporre una perizia giudiziaria per chiarire una questione aperta. Una perizia giudiziaria è di regola necessaria solo quando un fatto medico accertato nel procedimento amministrativo è considerato soggetto a ulteriori chiarimenti peritali o quando una perizia amministrativa non ha sufficiente valore probatorio su punti rilevanti dal punto di vista giuridico e tale carenza non può essere colmata esclusivamente mediante chiarimenti, precisazioni o completamento della

26 / 28 perizia (cfr. FURRER, *Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung*, in SZS/RSAS 2019 pag. 3 seg., DTF 139 V 99 consid. 1.1, 137 V 210 consid. 4.4.1.4 seg.). Il rinvio all'ente assicurativo rimane tuttavia anche possibile se è giustificato dall'esigenza di chiarire una questione finora completamente irrisolta o se è necessaria una mera precisazione, chiarimento o completamento delle conclusioni peritali (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; WIEDERKEHR, in Kieser/Kradolfer/Lendfers [ed.], *Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG*, 5a ed., 2024, n. 75 art. 44 LPGa).

E. 9.2

In conformità a quanto sopra, la causa può pertanto essere rinviata, come richiesto dal ricorrente in via subordinata all'autorità convenuta, affinché questa, dopo aver completato l'accertamento dello stato di fatto e medico, decida nuovamente sulle questioni ancora controverse e rilevanti ai fini della revisione, ovvero l'esistenza di una modifica nella fattispecie rilevante ai fini del diritto alla rendita (cfr. i precedenti considerandi 4.2.1. segg., 6.1. e 7.1. seg.), la violazione dell'obbligo d'informare e una eventuale nuova

determinazione del grado di invalidità. Indipendentemente dall'esito della valutazione del profilo psichiatrico sull'esistenza di un danno alla salute autonomo o un guadagno secondario della malattia, va in ogni caso tenuto in considerazione l'accertato danno alla salute autonomo nell'ambito oftalmologico, ovvero il rispettivo deficit funzionale visivo. L'autorità convenuta deve pertanto acquisire agli atti una nuova valutazione medico-assicurativa che chiarisca in particolare e in modo completo la questione di un'eventuale modifica dello stato di salute rispetto a quello esistente al momento della revoca della rendita in data 1° novembre 2020.

E. 9.3

Va sottolineato che, visto che il ricorrente ha superato il 55esimo anno di età, secondo la prassi è generalmente necessario attuare preventivamente misure di reintegrazione, affinché egli sia in grado di sfruttare e valorizzare, mediante uno sforzo personale, il potenziale di rendimento accertato dal punto di vista medico- teorico, qualora egli venga considerato idoneo all'integrazione (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_826/2018 del 14 agosto 2019 consid. 3.2.2 con numerosi rinvii). L'ultima valutazione CAP è stata effettuata il 12 settembre 2013 (act. AI 135), per cui l'autorità convenuta, anche in questo contesto, sarà tenuta ad avviare ulteriori accertamenti relativi alla reintegrazione prima di pronunciarsi in modo definitivo sulla rendita AI.

E. 10

/ 28 Viene proposto un trattamento anti VEGF o, in alternativa, fotodinamico (act. AI 70 pag. 3). 5.1.3. Dal rapporto medico del 3 febbraio 2012, il Dr. med. F. _____ rileva che il visus dell'occhio destro sarebbe inferiore al 0,05 con qualsiasi correzione e propone una serie di iniezioni intravitreali anti VEGF (Lucentis) nel tentativo di controllare la componente essudativa evidenziata all'esame angiografico. Per quanto riguarda l'occhio sinistro, la capacità visiva sarebbe pari a 0,8 cc sf. + 0,50. Il ricorrente sarebbe da considerare monocolo funzionale all'occhio sinistro e sarebbe pertanto importante che nella professione di aiuto muratore non si esponga al rischio di caduta da altezze e che non sia a contatto con macchinari pericolosi; la mancanza di una capacità tridimensionale stereoscopica implicherebbe una limitata percezione della distanza (act. AI 70 pag. 4). 5.1.4. Nella valutazione del 17 febbraio 2012 del medico SMR Dr. med. H. _____, specialista in medicina generale, viene considerato un parziale peggioramento da dicembre 2011 con attuale monocolo funzionale; quindi il ricorrente non sarebbe idoneo a svolgere attività richiedenti visione binoculare o stereoscopica (tipo meccanica fine o di precisione) e attività con rischio di caduta o attività con macchinari pericolosi (act. AI 75). 5.1.5. Dai referti medici del 25 giugno 2012, del Dr. med. F. _____ emerge che la situazione dell'occhio destro apparirebbe stabilizzata dopo il trattamento, mentre l'occhio sinistro mostrerebbe un peggioramento soggettivo delle capacità visive confermato dalla progressione angiografica. Bisognerebbe considerare il paziente monocolo funzionale a sinistra con peggioramento della capacità visiva nell'unico occhio funzionalmente valido (act. AI 88 pag. 2 seg.). 5.1.6. Nel rapporto medico del 26 luglio 2012, il Dr. med. F. _____ indica un visus pari al 0,01 dell'occhio destro e al 0,3 dell'occhio sinistro per la distanza senza correzione non migliorabile con occhiali; sotto il profilo funzionale sarebbe da considerare monocolo funzionale a sinistra e con un visus di 0,3; pertanto, si dovrebbero ammettere chiare limitazioni funzionali nella professione di aiuto muratore. In mancanza di una visione tridimensionale stereoscopica, il ricorrente non potrebbe salire su ponteggi o essere a contatto con macchinari pericolosi. La situazione oftalmologica si presterebbe a

un'ulteriore riduzione della capacità visiva pure all'occhio sinistro, funzionalmente migliore, e, quindi, le riserve professionali sarebbero ancora più evidenti. Sotto il profilo terapeutico non esisterebbe un trattamento in grado di ripristinare una migliore capacità visiva, ma, al limite, in

E. 10.1

In conclusione, il ricorso deve pertanto essere accolto, la decisione impugnata del 19 febbraio 2025 deve essere annullata, e la causa deve essere

27 / 28 rinviata all'autorità convenuta per ulteriori accertamenti nel senso dei considerandi e per una nuova decisione.

E. 10.2

Alla luce dell'esito del procedimento, risulta superfluo acquisire ulteriori prove, segnatamente la prova testimoniale richiesta dal ricorrente mediante il suo ricorso (cfr. act. A1 pag. 11). 11. Ripartizione dei costi

E. 11

/ 28 grado di bloccare la progressione della patologia retinica con particolare riguardo all'occhio sinistro (act. AI 88 pag. 4). 5.1.7. Con valutazione dell'8 ottobre 2012, il medico SMR Dr. med. H._____ ritiene, in considerazione della diagnosi principale di maculopatia essudativa multifocale occhio sinistro con acuità visiva già ridotta occhio destro a 0,01, che vi sarebbe un peggioramento dello stato di salute dal giugno 2012 con influo sulla capacità lavorativa (act. AI 91). 5.1.8. Con rapporto medico del 9 novembre 2012, il Dr. med. F._____ pone come diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa una maculopatia giovanile essudativa bilaterale. Lo specialista descrive una maculopatia essudativa bilaterale con grave compromissione della capacità visiva centrale in entrambi gli occhi. Ritiene che la prognosi risulterebbe non valutabile e indica un trattamento con iniezioni intravitreali con anti VEGF all'occhio sinistro, nonché un pregresso trattamento fotodinamico laser all'occhio destro (22 marzo 2012). Lo scopo della terapia intravitreale sarebbe improntata ad arrestare la progressione della malattia. Per quanto riguarda gli impedimenti all'attività professionale finora svolta, l'ipovisione instauratasi in entrambi gli occhi impedirebbe di condurre autoveicoli e di svolgere un'attività manuale a contatto con macchinari pericolosi o esposta a rischio di cadute. I limiti funzionali impediscono di salire su scale a pioli e impalcature, nonché di salire le scale; non sarebbe data infine l'idoneità alla guida (act. AI 92). 5.1.9. Nel rapporto medico del 17 gennaio 2013, il Dr. med. F._____ conferma le precedenti diagnosi e considera un'incapacità lavorativa del 100% nell'attuale professione di aiuto muratore. Quali limiti funzionali vengono segnalati lo svolgimento di attività esclusivamente in posizione seduta; un'incapacità sussiste per attività come prevalentemente camminare su terreni accidentati, sollevare e trasportare pesi, salire su scale a pioli e impalcature e salire le scale, nonché trasportare o sollevare pesi. Sotto il profilo psichico, le capacità di concentrazione, comprensione e adeguamento sarebbero illimitate, mentre la capacità di portare carichi sarebbe limitata. Consiglia di ricorrere a ausili di sostegno ottici e audiovisivi (act. AI 98). 5.1.10. Con referto medico del 25 febbraio 2013, il Dr. med. F._____ indica un visus dell'occhio destro pari a 0,01 e un visus nell'occhio sinistro pari a 0,1. Conclude che il ricorrente sarebbe da considerare ipovedente, non abile alla guida e allo svolgimento di attività a contatto con macchinari pericolosi o in situazioni

E. 11.1

Secondo l'art. 61 lit. f bis LPGA in unione all'art. 69 cpv. 1 bis LAI, 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 consolidata giurisprudenza, un giudizio di rinvio per ulteriori accertamenti e per una nuova decisione corrisponde nella prassi a un prevalere completo della parte ricorrente nel quadro della ripartizione di costi e ripetibili (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 poste a carico dell'autorità convenuta (art. 73 cpv. 1 LGA).

E. 11.2

Il ricorrente, vincente nella causa, ha diritto al rimborso delle spese ripetibili secondo quanto stabilito dal tribunale delle assicurazioni. L'importo è determinato senza tener conto del valore litigioso, ma secondo l'importanza della lite e la complessità del procedimento (art. 61 lett. g LPGA). Per il resto la valutazione dell'indennizzo di parte ai sensi dell'art. 61 ingresso LPGA è determinata in base al diritto cantonale (cfr. sentenze del Tribunale federale 9C_519/2020 del 6 maggio 2021 consid. 2.2). Ai sensi dell'art. 78 cpv. 1 LGA in unione all'art. 2 OOA (CSC 310.250), il Tribunale stabilisce d'ufficio l'indennità, tenendo conto le spese adeguate e necessarie indicate nella nota d'onorario, nonché della tariffa d'oraria usuale. La nota d'onorario inoltrata dal rappresentante legale del ricorrente per l'ammontare totale di CHF 3'297.80, composta da un onorario di CHF 2'947.50 (10 ore e 55 minuti a CHF 270.00/ora [nel presente caso è stato trasmesso l'accordo sull'onorario]), spese di cancelleria di complessivi CHF 88.40, nonché spese postali di CHF 14.80 e su tutto l'IVA dell'8,1%, va decurtata in merito ai disborsi postali e telefonici, compresi nell'importo forfettario del 3%. Ne consegue che il convenuto è obbligato a versare al ricorrente un importo di CHF 3'281.80 (spese e IVA incluse) a titolo di ripetibili.

28 / 28 Il Tribunale d'appello pronuncia: 1. Il ricorso è accolto e la decisione del 19 febbraio 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 nuova decisione riguardo alla revisione della rendita. 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 V._____ l'importo di CHF 3'281.80 (incluse spese e IVA) a titolo di ripetibili. 4. [Rimedi giuridici] 5. [Comunicazione]

E. 12

novembre 2012, sarebbe caratterizzata da un umore depresso, apatia, isolamento sociale, difficoltà ad accettare le malattie fisiche, insonnia notturna, pensieri ruminativi su problemi di salute e idee suicidali passive e a tratti attive. La terapia consisterebbe in colloqui di sostegno ogni 15 giorni o mensili ed è stata potenziata la terapia con antidepressivi con Efexor a 150 mg al giorno e in aggiunta terapia neurolettica con Seroquel 50 mg al giorno. La psichiatra pone quale ipotesi diagnostica un episodio depressivo di media gravità con sintomi biologici, reattivo alla patologia organica (ICD-10 F32.11). Segnala in anamnesi un disturbo bipolare in remissione (ICD-10 F31.7), un disturbo emotivamente instabile in buon compenso tipo borderline (ICD-10 F60.31), nonché uso dannoso di alcool fino al 2002 poi

astinente. La capacità lavorativa viene considerata in misura del 50-60% per l'umore depresso, l'intolleranza allo stress, il pensiero ruminativo e i vissuti di inutilità. Conclude che un impegno lavorativo, compatibile con la riduzione della vista, potrebbe contribuire a sostenere l'umore e a contrastare i vissuti di inutilità (act. AI 116 pag. 2 seg.). 5.1.13. Dal rapporto medico del 23 luglio 2013 del Dr. med. F._____ emerge una diminuzione rilevante dell'acuità visiva quando la vista da lontano ammonta bilateralmente a meno di 0,2 oppure quando la limitazione del campo visivo bilaterale dista 10 gradi dal centro. Giunge alla conclusione che, in presenza contemporanea di una riduzione dell'acuità visiva e di una riduzione del campo visivo senza che i valori limiti siano raggiunti, si sarebbe in presenza di una diminuzione elevata dell'acuità visiva. L'oftalmologo ritiene che, a partire dall'8 agosto 2012, l'acuità visiva da lontano con correzione ammonterebbe per l'occhio destro a 0,01 e per l'occhio sinistro al 0,1 con e senza correzione. Sin dall'8 agosto 2012 sarebbe inoltre presente una limitazione del campo visivo di 10 gradi dal centro, con contemporanea riduzione dell'acuità visiva e restrizione del campo visivo. A causa della progressione della maculopatia si presenterebbe sia

E. 13

/ 28 una limitazione della capacità visiva inferiore a 0,2 che una limitazione contemporanea del campo visivo di 10 gradi dal centro. Nonostante non sia stato effettuato un esame computerizzato del campo visivo, la limitazione di quest'ultimo sarebbe presumibile, considerata l'entità e le caratteristiche della maculopatia. Qualora fosse necessaria una determinazione computerizzata e precisa del campo visivo, questa rimarrebbe comunque disponibile (act. AI 127). 5.1.14. Nel rapporto di decorso del 3 settembre 2013, il Dr. med. D._____ si riferisce all'ultimo controllo oculistico effettuato il 9 luglio 2013 e pone quale diagnosi oculistica attuale un'atrofia maculare all'occhio destro e una maculopatia giovanile evoluta all'occhio sinistro. L'oftalmologo ritiene il trattamento oculistico non concluso e la necessità di controlli oftalmologici trimestrali, diagnostica strumentale e terapia intra vitreale. Egli indica quali correzioni dell'acuità visiva per l'occhio sinistro di + 1,25 del 1° marzo 2011 e di + 2,00 del 15 dicembre 2011, mentre l'occhio destro non sarebbe più correggibile. In seguito, anche le lenti correttive per l'occhio sinistro si sarebbero rivelate inefficaci. Dal punto di vista medico, la consegna del bastone bianco sarebbe indicata per una gravissima ipovisione, più marcata all'occhio destro rispetto al sinistro. Non si ritengono possibili ulteriori miglioramenti visivi (act. AI 133). 5.1.15. Secondo la valutazione del Centro d'accertamento professionale (CAP) L._____ del 12 settembre 2013, l'accertamento avrebbe dovuto essere interrotto dopo una settimana. In sintesi, considerando la limitazione alla vista, le ridotte competenze professionali, nonché la totale mancanza di conoscenze informatiche anche solo elementari, il CAP conclude che il ricorrente sarebbe da ritenere non reintegrabile nel mondo del lavoro (act. AI 135). 5.2. Dall'ultima verifica in materia, conclusasi con decisione del 14 maggio 2014, sono stati acquisiti agli atti i seguenti referti (specialistici) rilevanti: 5.2.1. Il Dr. med. D._____, nel certificato medico dell'8 luglio 2017 indirizzato a AA._____, pone quale diagnosi un'atrofia maculare all'occhio destro e una maculopatia giovanile evoluta all'occhio sinistro. Riscontra un visus non corretto a destra pari a 0,01 scarso e un visus dell'occhio sinistro pari a 0,05 scarso non migliorabile con lenti; campo visivo ineseguibile (act. AI 204 pag. 8). 5.2.2. Lo stesso, con rapporto di accertamento assegno per adulti grandi invalidi del 1° ottobre 2018, rileva che non vi sarebbe stato nessun cambiamento. L'assicurato avrebbe bisogno di essere accompagnato fuori casa in quanto

E. 14

/ 28 ipovedente; per la stessa ragione avrebbe anche bisogno del sostegno di terzi per mantenere i contatti sociali (act. AI 182). 5.2.3. Dalla lettera d'uscita del Dr. med. M. _____, primario, e del Dr. med. N. _____, capo-clinica, Ospedale Regionale di B. _____ e Valli sede B. _____, emerge un ricovero dal 3 novembre 2018 al 4 novembre 2018 presso il reparto di chirurgia per trauma cranico non commotivo con ferita lacero-contusa, secondaria a caduta accidentale scendendo dall'auto. All'arrivo sarebbe stato misurato un tasso alcolemico di 3,16 g/l. Il decorso si svolgerebbe senza complicanze e verrebbe eseguita terapia antalgica, antibiotica e infusiva. In dimissione viene posta la diagnosi di trauma cranico non commotivo con ferita lacero-contusa di 4 cm in zona fronto-parietale, ematoma sottocutaneo di ca. 15 mm di spessore, frontale sinistra, senza emorragie intracraniche (TAC del 3 novembre 2018), cisti aracnoidea temporale sinistra di ca. 14 mm, alcolemia 3,16 g/l. Diagnosi secondarie: ipovisus; sindrome radicolare irritativa e deficitaria acuta C6 (C7) a sinistra con stenosi foraminale su base artrosica C6-C7 a sinistra (TAC cervicale del 7 dicembre 2009); stato dopo artroscopia con meniscectomia mediale parziale del ginocchio destro il 28 luglio 2008 (act. AI 291 pag. 28). 5.2.4. Nel rapporto medico del 9 giugno 2020, il medico curante Dr. med. I. _____ riassume le diagnosi come segue: cecità quasi completa da atrofia maculare all'occhio destro e maculopatia giovanile evoluta all'occhio sinistro con visus a destra di 0,01 scarso, visus a sinistra di 0,05 scarso e campo visivo bilateralmente inseguibile; disturbo affettivo bipolare associato a disturbo della personalità di tipo borderline; ipertensione arteriosa trattata ed esiti di intervento di stabilizzazione vertebrale in C5-C6 e C6-C7 per radicolopatie invalidanti. Quale terapia vengono indicati i farmaci Efexor 37,5 mg e Triatec 10 mg. A parere del medico curante non vi sarebbero ragionevoli possibilità per una reintegrazione professionale (act. AI 201). 5.2.5. Con rapporto medico del 7 luglio 2020, il Dr. med. O. _____, FMH in oftalmologia e oftalmochirurgia, B. _____, evoca come diagnosi una maculopatia giovanile essudativa bilaterale (sussistente dal 2010) con acuità visiva inferiore a 0,01 non migliorabile da ambedue le parti, segmento anteriore calmo, segmento posteriore cicatrici maculari. A parere del medico, la capacità lavorativa sarebbe rimasta invariata (act. AI 202). 5.2.6. Con presa di posizione del 2 dicembre 2020 sul video dell'osservazione, il medico SMR, Dr. med. P. _____, FMH reumatologia, medicina interna, constata quanto segue: nelle attività di giardinaggio il ricorrente sarebbe in grado di

E. 15

/ 28 camminare a passo sicuro su terreno irregolare e scosceso, talvolta anche sul bordo del pendio senza mostrare insicurezza. Potrebbe maneggiare in modo mirato il pesante tosaerba e raccogliere l'erba tagliata con il rastrello. Mostrerebbe un passo fluido e deciso; solo in un'occasione avrebbe utilizzato il bastone per tastare un cordolo inciampando leggermente; talvolta utilizzerebbe il bastone per camminare sul marciapiede, tastandone il bordo. Al bar sarebbe in grado di afferrare il bicchiere senza insicurezze e di raccogliere la sigaretta caduta con presa sicura. Spesso utilizzerebbe il cellulare; sorprendente sarebbe la situazione in cui compara le informazioni sullo schermo con l'orario dell'autopostale. Secondo il medico SMR, il filmato lascerebbe trasparire dei dubbi sul grado effettivo della disabilità visiva. La visione binoculare non sembrerebbe essere significativamente limitata e diverse volte si avrebbe l'impressione che l'assicurato sia in grado di focalizzare gli oggetti (act. AI 217). 5.2.7. Dal profilo funzionale del 6 gennaio 2021, il medico SMR, Dr. med. P. _____, emerge che nel profilo di capacità positivo rientrerebbero delle attività che non

richiedono la focalizzazione e la visione binoculare risp. per la cui esecuzione sarebbe sufficiente un orientamento approssimativo nello spazio. A causa del deficit visivo, nell'ambito del profilo negativo delle capacità, le seguenti attività non dovrebbero essere possibili: leggere un giornale o l'orologio (leggere in generale), l'utilizzo del cellulare, la guida di un veicolo, tutte le attività che richiedono una manipolazione precisa di oggetti, come ad esempio afferrare una chiave e infilarla in una serratura, oppure che richiedono di colpire con precisione un oggetto, come ad esempio spaccare la legna o attività manuali simili. Le seguenti attività dovrebbero essere possibili con limitazioni notevoli: afferrare alimentari senza precisione, deambulare senza bastone (con eccezione dei posti molto famigliari), orientamento difficoltoso in posti sconosciuti, insicurezze nel tosar l'erba, con collisioni di ostacoli, contatti sociali solo con l'aiuto di terzi (act. AI 216). 5.2.8. Dalla perizia pluridisciplinare del SAM (di seguito: perizia SAM) del 9 novembre 2022 emerge, nell'ambito della valutazione globale interdisciplinare, quali diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa, una maculopatia multifocale bilaterale con coinvolgimento coroidale allo stadio cicatriziale, alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale (protrusione discale C5-C6 mediana-paramediana e recessuale a sinistra con possibile irritazione radicolare di C6 in sede recessuale dal lato destro, moderate uncartrosi bilaterali, lieve protrusione discale C6-C7 mediana), esiti da discectomia ventrale, spondilodesi con gabbia C6-C7, discectomia ventrale C5-C6 ed impianto DCI medio 6 mm (1.2.2010), sindrome lombospondilogenica con possibile componente lomboradiculare irritativa a

E. 16

/ 28 destra, in probabili alterazioni degenerative al rachide lombare, periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito terminale a sinistra in probabile artrosi acromeoclaveare bilaterale, modica sindrome cervico-vertebrale secondaria ad alterazioni statico degenerative del rachide, interventi di stabilizzazione da C5 a C7, con sofferenza radicolare C7 sinistra anamnestica (act. AI 291 pag. 79). Nella valutazione consensuale, gli esperti attestano un'incapacità lavorativa totale, sia nell'attività svolta di aiuto muratore che in attività adeguata, esclusivamente a causa della patologia oftalmologica (act. AI 291 pagg. 79 segg.). Mentre per il profilo oftalmologico lo stato di salute sarebbe rimasto invariato, alla valutazione peritale del 2011 si sarebbe aggiunta, in ambito reumatologico, una periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito terminale a sinistra in probabile artrosi acromeoclaveare bilaterale ed una sindrome lombospondilogenica con possibile componente lomboradiculare irritativa a destra in probabili alterazioni degenerative al rachide lombare; in ambito internistico, lo sviluppo di una sindrome metabolica e un'epatopatia cronica, nonché, in ambito neurologico, un peggioramento della situazione a livello del canale carpale sinistro (act. AI pag. 83). Per quanto riguarda gli ambiti di valutazione, segnatamente internistico, psichiatrico, reumatologico e neurologico, è stata attestata una piena capacità lavorativa in un'attività adeguata (cfr. perizia internistica, Dr. med. Q. _____, specialista in medicina interna generale [act. AI 291 pagg. 28 segg.]; perizia reumatologica, Dr. med. R. _____, specialista FMH reumatologia, del 26 giugno 2022 [act. AI 291 pagg. 90 segg.]; perizia neurologica, Dr. med. S. _____, Specialista FMH neurologia, del 4 giugno 2022 [act. AI 291 pagg. 114 segg.]; perizia psichiatrica, Dr. med. T. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, dell'11 luglio 2022 [act. AI 291 pagg. 147 segg.]). 5.2.9. In data 21 aprile 2023 il SAM di B. _____ dava risposta alla richiesta dell'Ufficio AI del 16 febbraio 2023 (act. AI 298) di complementare e chiarire l'esito della perizia. La specialista in oftalmologia, Dr. med. C. _____, riconsiderando la perizia alla luce delle risultanze dell'osservazione, riferisce che i riscontri oggettivi (fondo dell'occhio)

attestano inequivocabilmente la presenza di lesioni importanti a livello maculare. I riscontri soggettivi (campo visivo) potrebbero invece essere stati alterati da una mancanza di collaborazione da parte dell'assicurato. Inoltre, ella espone di aver osservato persone affette da maculopatie centrali sviluppare talvolta la capacità di compensare il deficit di visione centrale con una visione laterale, fissando un punto a lato di quello che intendono effettivamente vedere. Ritiene quindi opportuno sottoporre l'assicurato all'esame dei potenziali evocati visivi (eseguibili presso il Servizio di neurologia dell'EOC) o all'elettroretinogramma e all'elettrooculogramma (act. AI 314).

E. 17

/ 28 5.2.10. Prendendo atto delle risultanze dell'elettroretinogramma e dell'elettrooculogramma eseguiti in data 13 luglio 2023 (cfr. referto medico della Prof. Dr. med. U. _____, Universitätsklinik A. _____, del 15 agosto 2023 [act. AI 334]), nonché dell'esame dei potenziali evocati visivi eseguito in data 18 luglio 2023, il quale mostra risultati nei limiti della norma (cfr. referto medico del Dr. med. W. _____ e del PD Dr. med. X. _____, Servizio di neurologia EOC, dell'8 agosto 2023 [act. AI 333]), la Dr. med. C. _____ rileva, con parere medico del 9 ottobre 2023, l'assenza di irregolarità dell'attività elettrica della retina. Ella riferisce che i riscontri confermerebbero l'ipotesi che l'assicurato riuscirebbe a compensare il deficit di visione centrale con una visione laterale. Tuttavia, la specialista in oftalmologia ritiene che non si potrebbe ragionevolmente esigere l'utilizzo di questa abilità per svolgere un'attività lavorativa che richiede una visione centrale (act. AI 338 pag. 4). 5.2.11. Con parere SMR del 31 ottobre 2023, il Dr. med. Y. _____, medicina generale, giunge alla conclusione che, considerando la perizia e le indicazioni della scienza oftalmologica moderna e tenendo conto che il deficit visivo delle due principali funzioni visive, acuità visiva e il campo visivo periferico, pervade l'efficienza in tutte le attività esigibili, riducendo sia l'efficienza che il tempo di lavoro, il danno alla capacità lavorativa in attività adattata esigibile sarebbe da considerare in misura del 50% (cfr. Case Report [act. AI 357 pag. 33]). 6. In sostanza, il convenuto, nella decisione impugnata, conclude che, a causa dell'esagerazione dei sintomi e delle dichiarazioni discordanti relative allo stato di salute a partire da settembre/ottobre 2020 (periodo di osservazione), non sarebbe possibile giudicare in modo affidabile lo stato di salute del ricorrente e l'entità delle limitazioni che (eventualmente) sussistono. Dalla perizia del SAM del 9 novembre 2022, delle prese di posizione del SAM del 21 aprile 2023 e del 18 ottobre 2023 [recte: ovvero della Dr. med. C. _____ del 10 aprile 2023 e del 9 ottobre 2023], nonché dall'ampio materiale di osservazione, emergerebbe in modo evidente che il ricorrente avrebbe esagerato notevolmente.

E. 18

/ 28 l'anamnesi, quando vengono segnalati dolori intensi la cui caratterizzazione rimane vaga, quando non viene richiesta alcuna cura o terapia medica, quando le lamentele espresse in modo dimostrativo appaiono poco credibili agli occhi del perito e, infine, quando vengono affermate gravi limitazioni nella vita quotidiana, ma l'ambiente psicosociale risulta sostanzialmente intatto. Non costituisce di per sé un indizio di esagerazione una semplice accentuazione dei sintomi (DTF 141 V 281 consid. 2.2.1 con rinvii). La questione se l'accentuazione sia (solo) semplice o superi il limite dell'esagerazione risp. di costellazioni simili che ostacolano la capacità lavorativa richiede un'attenta valutazione del caso concreto, in base al più ampio apprezzamento possibile delle risultanze dell'osservazione (sentenza del Tribunale federale 9C_524/2020 del 23

novembre 2020 consid. 4.1 seg. con rinvii). A tal fine, in linea di principio, deve esprimersi (in primo luogo) lo specialista (sentenza del Tribunale federale 9C_520/2019 del 22 ottobre 2019 consid. 6.2 con rinvii). Se, nel caso concreto, risultasse chiaro che tali motivi impediscono di riconoscere ripercussioni alle limitazioni della salute, non sussisterebbe fin dall'inizio alcuna base per una rendita d'invalidità (cfr. DTF 143 V 418 consid. 8.2; art. 7 cpv. 2 frase 1 LPGa). Qualora, invece, tali indizi sussistano oltre ad un danno alla salute autonomo accertato, gli effetti dell'esagerazione devono essere tenuti in considerazione nella misura in cui si manifestano (sentenza del Tribunale federale 9C_524/2020 del 23 novembre 2020 consid. 4 con rinvii).

E. 19

/ 28 avrebbe totalizzato al SIMS un punteggio di 24 che risulterebbe superiore al punteggio di cut-off (> 14) per l'identificazione di una sospetta simulazione (act. AI 291 pag. 61) – con amplificazione sintomatologica evidente in entrambi i test. L'attenzione andrebbe posta a tratti apparentemente antisociali, piuttosto che borderline. L'osservazione clinica ripresenterebbe soprattutto le incoerenze già note, essenzialmente riguardo al confronto con il materiale dell'osservazione. Infatti, si noterebbe l'insistenza del ricorrente nel presentarsi psichicamente peggiorato e anche alcolista da quando l'Ufficio AI avrebbe esaminato il caso un paio di anni fa, ma, in parallelo, vi sarebbe il rifiuto di una presa a carico specialistica per questi problemi. Infine, l'oggettività clinica non prevedrebbe dei limiti psichiatrici attuali, in linea con l'assenza di ricoveri e di una presa a carico specialistica, con la blanda terapia mai modificata nel tempo e con la mancanza di una volontà del ricorrente di curarsi presso uno psichiatra (act. AI 291 pag. 76).

E. 20

/ 28 psicopatologici e non ci sarebbero dei segni concreti di sofferenza psichiatrica invalidante, in linea con una tendenza verso l'amplificazione dei sintomi. Tale conclusione rimane vaga. Al riguardo, la valutazione del profilo funzionale stabilita dal medico SMR, Dr. med. P. _____ (act. AI 216), di cui emerge un chiaro profilo negativo in contrasto con le numerose osservazioni, darebbe sufficientemente adito a conclusioni mediche più approfondite e concise. Inoltre, nell'indagine testistica del psicologo psicoterapeuta Z. _____, tenutasi il 25 marzo 2022, i sintomi sarebbero stati validati, in quanto gli indicatori di validità evidenzerebbero una possibile esagerazione dei sintomi psicologici, somatici e cognitivi, che parrebbero legati a caratteristiche personologiche (cfr. act. AI 291 pag. 57 e 173). Di seguito, la conclusione dell'esperto che il quadro psicopatologico mostrerebbe in particolare tratti di antisocialità e che tale ipotesi andrebbe approfondita alla luce della tendenza verso l'amplificazione sintomatica, appare comprensibile e eloquente (cfr. act. AI 291 pag. 58 e 175), pur stando in contrasto con la diagnosi di un episodio depressivo di media gravità con sintomi biologici, reattivo alla patologia organica (ICD-10 F32.11) e la segnalazione in anamnesi di un disturbo bipolare in remissione (ICD-10 F31.7), nonché un disturbo emotivamente instabile in buon compenso tipo borderline (ICD-10 F60.31) rilevati antecedente nel rapporto psichiatrico del 30 aprile 2013 dalla Dr. med. K. _____ (act. AI 116 pag. 2 seg.). Tuttavia, l'esigenza del riscontro delle osservazioni nel contesto medico-specialistico, nel presente caso, con la valutazione del SAM non è adempiuta in modo completo. In particolare, bisognerebbe valutare dal punto di vista psichiatrico se, nel periodo da esaminare, sia presente un disturbo psichico autonomo di rilevanza clinica oppure se, eventualmente a causa della mancata adesione alla terapia, tale disturbo possa essere escluso anche dal punto di vista medico come guadagno di

malattia secondario. Dalla presa di posizione del 2 dicembre 2020 sul video dell'osservazione del medico SMR, Dr. med. P._____, in cui egli conclude che il filmato lascerebbe trasparire dei dubbi sul grado effettivo della disabilità visiva (act. AI 217), non emerge una conclusione concisa della presenza di esagerazione o simulazione. Di conseguenza, non è chiaro come il convenuto possa giungere alla sua conclusione che vi sia un'esagerazione se, né nella valutazione del SMR né nella perizia pluridisciplinare del SAM viene segnalata un'esagerazione che vada oltre la tendenza dell'amplificazione dei sintomi. Contrariamente a quanto sembra ritenere l'autorità convenuta, i risultati delle osservazioni non consentono una valutazione definitiva. Un rapporto di osservazione, di per sé, non costituisce una base sicura per l'accertamento dei fatti riguardanti lo stato di salute e la capacità lavorativa della persona assicurata. Esso può al massimo fornire indizi o fare supposizioni in merito. Una conoscenza certa della situazione può essere ottenuta solo attraverso una valutazione medica del materiale di osservazione (cfr. DTF 150

E. 21

/ 28 V 305 consid. 7.1, 143 V 105 consid. 2.4; sentenze del Tribunale federale 9C_455/2022 del 13 novembre 2023 consid. 8.3, 9C_852/2014 del 19 gennaio 2015 consid. 4.1.1). Pertanto, la decisione impugnata non poggia su di una base in virtù della giurisprudenza e risulta infondata. 7. Inoltre, il convenuto motiva la decisione con il mancato rispetto del dovere di informare o di collaborare del ricorrente. Quest'ultimo, indubbiamente, ha un danno alla salute visiva deducibile dall'esito dell'elettroretinogramma e dell'elettrooculogramma del 13 luglio 2023 (act. AI 334), nonché dall'esame dei potenziali evocati visivi del 18 luglio 2023 (act. AI 333), secondo cui l'esperta Dr. med. C._____ del SAM rileva che i riscontri confermerebbero l'ipotesi che il ricorrente riuscirebbe a compensare il deficit di visione centrale con una visione laterale (act. AI 338 pag. 4). Tale conclusione contrasta in modo evidente l'ultimo rapporto del medico curante Dr. med. I._____ del 9 giugno 2020, il quale rileva una cecità quasi completa da atrofia maculare all'occhio destro e maculopatia giovanile evoluta all'occhio sinistro (act. AI 201). Tuttavia va ricordato quanto segue:

E. 22

/ 28 avviare una procedura di diffida e concedere un termine di riflessione (cfr. DTF 122 V 218 consid. 4b). Anche se il convenuto avesse osservato tale procedimento inderogabile, tale negligenza non lo avrebbe esonerato dal valutare i presupposti della revisione e effettuare un esame probatorio degli atti. 8. Quindi, è da esaminare se la perizia SAM sia idonea alla prova del motivo di revisione, ovvero se essa valuta in modo affidabile modifiche notevoli dello stato di salute del ricorrente e le rispettive limitazioni per pronunciare una decisione in merito. 8.1.1. La procedura dinanzi l'assicuratore e del tribunale delle assicurazioni sociali è retta dai principi inquisitorio e del libero apprezzamento delle prove (cfr. art. 43 cpv. 1 e art. 61 lett. c LPG). Il dovere di accertare la fattispecie giuridicamente rilevante persiste finché non si sia raggiunta una sufficiente chiarezza sui fatti necessari per la valutazione della pretesa controversa. Qualora permangano dubbi significativi sulla completezza e/o correttezza dell'accertamento dei fatti finora effettuato, occorre procedere a ulteriori accertamenti, a condizione che da tali ulteriori indagini si possano attendere nuove risultanze essenziali (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_109/2023 del 5 giugno 2023 consid. 4.1, 8C_895/2013 dell'11 marzo 2014 consid. 3.2, 8C_616/2013 del 28 gennaio 2014 consid. 2.1, con rinvii). 8.1.2. Nell'accertamento dello stato di salute e nella valutazione della capacità lavorativa della

persona assicurata, l'amministrazione e il tribunale competente, in caso di controversia, si basano su documenti forniti da medici e, eventualmente, da altri specialisti (cfr. DTF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2; sentenze del Tribunale federale 8C_347/2015 del 20 agosto 2015 consid. 4.1, 9C_745/2008 del 2 dicembre 2008 consid. 3.2). Il tribunale deve valutare i documenti medici secondo il principio del libero apprezzamento delle prove (cfr. art. 61 lett. c LPGa) – come tutti gli altri mezzi di prova – in modo completo e doveroso, senza vincoli di regole formali. Ciò significa che il tribunale delle assicurazioni sociali deve esaminare obiettivamente tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e decidere se i documenti disponibili consentano una valutazione affidabile della pretesa controversa. In particolare, in caso di pareri medici contraddittori, non può concludere il processo senza valutare l'intero materiale probatorio e indicare i motivi per cui si basa su un'ipotesi medica piuttosto che su un'altra (cfr. DTF 143 V 124 consid. 2.2.2, 125 V 351 consid. 3a). 8.1.3. Per quanto riguarda il valore probatorio di un referto medico, è determinante se esso sia completo per rispondere le questioni controverse, se si basi su esami

E. 23

/ 28 approfonditi, se tenga conto dei disturbi lamentati, se sia stato redatto in conoscenza degli atti precedenti (anamnesi), se la descrizione del contesto medico e la valutazione della situazione medica siano convincenti e se le conclusioni dell'esperto siano fondate (cfr. DTF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3; sentenze del Tribunale federale 8C_380/2021 del 21 dicembre 2021 consid. 3.2, 8C_173/2021 del 25 ottobre 2021 consid. 4.1, 8C_101/2021 del 25 giugno 2021 consid. 5.1, 8C_225/2021 del 10 giugno 2021 consid. 3.2, 8C_144/2021 del

E. 27

maggio 2021 consid. 2.4). 8.1.4. Il valore probatorio non dipende, in linea di principio, né dall'origine del mezzo di prova né dalla denominazione del parere presentato o commissionato come referto o perizia (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). Tuttavia, il Tribunale federale ritiene compatibile con il principio del libero apprezzamento delle prove basarsi su linee guida per la valutazione di determinate forme di referti e perizie mediche (cfr. la dettagliata raccolta di queste linee guida in DTF 125 V 351 consid. 3b, con numerosi rinvii). 8.1.5. Alle perizie di specialisti esterni, acquisite nel corso del procedimento amministrativo, che approntano il loro referto sulla base di osservazioni e indagini approfondite e dopo aver esaminato gli atti, e che giungono a conclusioni coerenti nell'analisi dei risultati, deve essere riconosciuto pieno valore probatorio, a meno che non vi siano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. DTF 137 V 210 consid. 1.3.4, 125 V 351 consid. 3b/bb; cfr. anche sentenze del Tribunale federale 8C_33/2021 del 31 agosto 2021 consid. 2.2.2, 9C_257/2020 del 23 luglio 2020 consid. 3.2). 8.1.6. Per quanto riguarda i referti dei medici curanti, il giudice può e deve tenere conto del fatto che, in virtù del rapporto di fiducia con il paziente, i medici curanti tendono talvolta a esprimersi a favore dei propri assistiti in caso di dubbio (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3b/cc). La natura contraria del mandato terapeutico del medico curante, da un lato, e del mandato peritale dell'esperto medico ufficiale, dall'altro (cfr. DTF 124 I 170 consid. 4), non consente di mettere sistematicamente in discussione una perizia amministrativa o giudiziaria e di avviare ulteriori accertamenti solo perché i medici curanti o i terapeuti esprimono valutazioni diverse. 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. sentenze del Tribunale federale 8C_491/2021 del 20 dicembre 2021 consid. 4.1, 8C_277/2021 del 25 agosto 2021 consid. 3, 8C_105/2021 dell'8 giugno 2021 consid. 3).

24 / 28 8.2.1. Alla luce dell'esito degli ulteriori accertamenti eseguiti in seguito alla perizia pluridisciplinare nell'ambito oftalmologico, segnatamente i referti dell'elettroretinogramma e dell'elettrooculogramma del 13 luglio 2023 (act. AI 334), nonché dell'esame dei potenziali evocati visivi del 18 luglio 2023 (act. AI 333), dai quali emerge che il ricorrente è in grado di compensare la visione centrale con una visione laterale (cfr. act. AI 338 pag. 4), è evidente che detta perizia – non solo nell'ambito della valutazione consensuale – risulta incompleta, in quanto l'anamnesi rimane parziale in tutte le discipline. Inoltre, vi è una ingiustificabile contraddizione fra la perizia del SAM del 9 novembre 2022 (act. AI 291), la quale considera un'incapacità lavorativa totale, e il parere del medico SMR Dr. med. Y._____ del

E. 31

ottobre 2023 (act. AI 357 pagg. 32 segg.), il quale, dopo la visione dell'intero incarto, inclusa la valutazione completa nell'ambito oftalmologico di cui sopra, rileva in modo sostanziale e convincente che la capacità lavorativa in attività adattata esigibile corrisponderebbe al 50%. Tuttavia, tale conclusione fa difetto di un chiaro riferimento temporale, in quanto il medico SMR non indica il momento concreto, a partire dal quale sussiste il motivo di revisione, per cui anche essa non risulta idonea quale base per una decisione in materia. 8.2.2. Il ricorrente sostiene invece che la valutazione dell'esperta Dr. med. C._____ del 9 ottobre 2023 (act. AI 338) andrebbe interpretata a suo favore, in quanto ella giungerebbe alla conclusione che non vi sarebbe una modifica dello stato di salute, ovvero che dal ricorrente non si potrebbe ragionevolmente esigere lo svolgimento di un'attività lavorativa, in quanto presenterebbe disturbi della visione centrale. Per un'attività lavorativa sarebbe necessaria una visione centrale, che, a mente delle analisi effettuate tra il 2022 e il 2023, sarebbe assolutamente mancante, così come anche nell'analisi iniziale del 2014 (cfr. act. AI pag. 7 seg. e pag. 9). Ciò viene sostenuto a torto. La specialista, infatti, giunge alla conclusione che non si può ragionevolmente esigere che il ricorrente svolga un'attività lavorativa che richiede una visione centrale. Dal confronto di questa valutazione con i rapporti medici determinanti, segnatamente con la valutazione dell'8 ottobre 2012 del medico SMR Dr. med. H._____, il quale ritiene, in considerazione della diagnosi principale di maculopatia essudativa multifocale dell'occhio sinistro, un peggioramento dello stato di salute dal giugno 2012 con influsso sulla capacità lavorativa (act. AI 91) e con il rapporto medico del 25 febbraio 2013 del Dr. med. F._____, in cui egli conclude che il ricorrente sarebbe da considerare ipovedente e che eventualmente potrebbe essere svolta un'attività a ridotto impegno visivo (act. AI 100 pag. 5), risulta che il ricorrente possiede la capacità di una visione laterale. Pertanto, l'esperta, nella sua breve valutazione del 9 ottobre 2023, non si esprime esaustivamente in merito ai deficit funzionali visivi con

25 / 28 ripercussione sulla capacità lavorativa. Una tale valutazione emerge soltanto dall'incompleto parere del medico SMR Dr. med. Y._____ del 31 ottobre 2023, il quale considera che, a fronte di una indiscutibile e innegabile patologia maculare con scotoma centrale evidenziata dal riscontro ecografico (OCT), risulta esservi una funzionalità retinica e post-retinica del tutto conservata in periferia; ciò che starebbe in armonia con il deficit campimetrico riscontrato (act. AI 357 pag. 33). La questione di un mutamento sostanziale delle circostanze medico-fattuali, nonché del deficit funzionale visivo sulla capacità

lavorativa, rimane dunque ancora irrisolta.

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