

TI_GERICHTE 32.2021.29 vom 29. Januar 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-01-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.29

FR: TI_GERICHTE 32.2021.29 du 29 janvier 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2021.29 del 29 gennaio 2021

Regeste

Revisione rendita AI. Assenza visita peritale, ma solo valutazione SMR, per di più su considerazioni di natura economica dell'ispettrice che ha fatto inchiesta economica, non è sufficiente visto il particolare stato di salute. Anche la questione economica va verificata e approfondita. Calcolo è incompleto

Erwägungen

E. 17

LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità, è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (art. 87 cpv. 1 lett. a OAI); o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (art. 87 cpv. 1 lett. b OAI). Invece, se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 OAI). Infine, qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2 (art. 87 cpv. 3 OAI). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di

riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in *Plaidoyer* 1/06, pag. 64-65). Quanto agli effetti della revisione di una rendita, per l'art. 88bis cpv. 2 OAI la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). Essa può però intervenire anche retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante, se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato oppure se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 (lett. b). L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, *Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG*, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95 segg.). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197).

2.4. La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349 consid. 3.5; DTF 113 V 275 consid. 1a; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; DTF 109 V 116; DTF 105 V 30; RCC 1989 p. 323). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 351; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG*, 2010, p. 379). A proposito della notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione prevista dall'art. 17 cpv. 1 LPGA, nella DTF 133 V 545 la nostra Massima Istanza ha precisato che per le rendite dell'assicurazione invalidità, anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (cfr. consid. 6). La revisione si occupa di modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore economico). Modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; cfr. consid. 7). Nella STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica)

rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, STF 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Inoltre, nella successiva STF 9C_745/2012 del 30 aprile 2013, l'Alta Corte ha ricordato che a differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (STF 9C_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (cfr. consid. 5 e 6). 2.5. Nel caso di specie l'assicurato, nato nel 1982, è stato posto al beneficio di una rendita intera di invalidità dal 1° novembre 2005 e tale diritto è stato poi confermato, a seguito delle revisioni intraprese d'ufficio, con comunicazioni del 2008, del 2010 e del 2014 (cfr. consid. 1.1). Nell'ambito della quarta revisione d'ufficio, iniziata nel marzo 2018, l'amministrazione ha subito aggiornato lo status medico dell'assicurato interpellando il dr. med. _____ che lo segue da anni (doc. 103) e ha convocato l'interessato per un colloquio personale con un'ispettrice e una giurista dell'Ufficio AI, che ha avuto luogo il 27 agosto 2019 (doc. 113). In quell'occasione è in particolare emerso che: " (...) R2: (...) dopo colazione faccio fisioterapia. La seduta dura circa un'ora e mezza, poi rientro a casa e il pomeriggio se sono a casa, esco con il cane oppure mi occupo dell'associazione umanitaria o me ne sto tranquillo o faccio sport. (...) R4: (_____) Questo è ancora un hobby ma mi occupa due giorni l'anno. D'estate faccio quasi giornalmente, non giornalmente; d'inverno, due settimane su quattro sono con la squadra. Almeno metà del tempo pratico attività sportiva. (...) R5: significa essere un quadro nazionale. Non svolgo attività amministrative e non ricevo compensi. Devo pagare la nazionale per andare con loro, dal 15% al 20% della fattura che mi inviano, che comprende tutto, allenatore, gara, hotel, eccetera. Non ho mai vinto niente a parte la medaglia, potrebbe accadere solo qualora vincessi medaglie olimpiche o ad un mondiale. Quest'anno sarò a . (...) R6: Queste sono le gare che faccio con la _____ (mi riferivo alle 8 volte all'estero). Mi reco dove vi sono le gare. In _____ non vado per forza, quest'anno andremo in _____, per il resto dei paesi si tratta di 6-7 paesi europei. Fuori Europa dipende dalla Nazionale. Mi reco in _____ per me stesso, un po' vacanza e un po' per l'Associazione. Se parto accade al massimo per 10 giorni e poi torno a casa. Con la nazionale può capitare che si vada via tre settimane, ma per più di un mese è impossibile. Il massimo che riesco a restare fuori sono tre settimane. (...) R7: Per farmi conoscere come atleta della nazionale. Io ho degli sponsor che mi aiutano con le spese della squadra, questi sponsor sono legati all'attività sportiva agonistica. Questi soldi sono

prettamente utilizzabili nel mondo dello sport agonistico. Avendo dei costi elevati e non riuscendo a sopperire al 15%, se volevo continuare a fare sport dovevo avere degli sponsor. (...) R10: Nel mondo dello sport è difficile avere il brand sportivo vero, tutti gli sportivi hanno lo sponsor loro. La _____ mi dà fr. 500.- l'anno. _____ è il garage di _____. La _____ è il brand di un mio amico. La _____ dà . La _____ è una scuola e non finanzia; semplicemente non mi facevano pagare gli allenamenti; da due anni non ho più contatti. La _____ mi danno fr. 2'000.- all'anno. La _____ è una sponsorizzazione tecnica, mi fanno le riparazioni circa una-due l'anno. La _____ mi dà fr. 6'000.- all'anno. La _____ mi dà un compenso di fr. 15'000.- più dei vestiti con i propri brand che sono _____ e _____ per fr. 6'000.- all'anno. (...) R11: Dico loro quali saranno le mie prossime gare, si fa una visione di quello che sarà la spesa, si tratta di una previsione. Loro non mi versano tutto in un colpo solo ma lo fanno man mano. Loro non mi chiedono nulla, vedono le gare. Non mi chiedono giustificativi anche se ho le fatture della nazionale. Sono quelle i giustificativi; c'è poi la benzina ma non tengo il conteggio, stimo un forfait. A settembre e a febbraio mi versano le due tranche, fr.7'500.- a settembre e altrettanti a febbraio. Da qualche anno i versamenti vengono fatti in automatico. D12: Tali attività sono state dichiarate al fisco? In caso non sia così, per quale ragione? R12: Non faccio io le tasse, se ne occupa _____. Sono sicuro che sono dichiarati. D13: A Registro di commercio appare firmatario a due dell'Associazione _____. Da quanto tempo e quale ruolo ricopre all'interno dell'associazione oltre a quello di vicepresidente? In cosa consistono le sue mansioni e per quanto tempo le richiedono nel corso della settimana-mese? R13: Sono vicepresidente, non faccio nulla di particolare. Vado una volta o due al mese alle riunioni che facciamo al bar. La riunione dura un'oretta o due. La contabilità la fa una società che fa da sponsor, tuttavia nel sito abbiamo indicato che sono io il contabile. Non svolgo attività contabile vera e propria. Faccio volontariato con _____, si tratta di bancarelle con materiale che arriva dal _____. Ma negli ultimi due anni di presenza alle bancarelle non ne ho più fatta. L'ultimo viaggio in _____ due anni fa, dove sono rimasto ricoverato; non sono mai andato in _____ regolarmente ogni anno. Nessuno riceve una controprestazione essendo una associazione umanitaria di pubblica utilità. D14: Sempre a Registro di commercio risulta essere presidente con firma individuale unica della Associazione _____, attiva da _____ 2018. (...) Per quale ragione ha costituito questa associazione? R14: Ci metto il nome e sono presidente perché l'idea è arrivata da me. D15: Quale ruolo vi ricopre in seno ad essa, quali sono le mansioni e per quanto tempo vengono effettuate nel corso della settimana-mese? R15: Non ho ancora fatto nulla, abbiamo avuto tre eventi da quando è stata costituita. Al primo evento ho partecipato, poi si è organizzato un evento a _____ e si è organizzato uno stand e adesso ci sarà l'evento del _____ ad _____, dove sarà organizzata una giornata per _____. Io presenzierò e darò una mano. D16: In seno ad entrambe le associazioni svolge anche attività di tipo contabile? In caso affermativo, di quali attività si tratta? R16: Controllo la contabilità che mi invia il contabile, ma non faccio nulla di contabile. Si tratta di supervisioni, inviare qualche mail. E senza scopo di lucro, nessuno di noi guadagna qualche franco. Si tratta di cinque ore al mese per entrambe le associazioni. (...). L'Ufficio AI ha riassunto per il Servizio Medico Regionale quanto emerso da quell'incontro e il 6 settembre 2019 (doc. 114) gli ha chiesto di indicare: " - Se l'assicurato, con il trascorrere del tempo, ha saputo adattarsi ai suoi danni alla salute in modo tale da rendere ora possibile la definizione - a medio termine - dell'abilità lavorativa medico-teorica dello stesso in attività adatte e dei

relativi limiti funzionali? Se vi fosse a livello medico-teorico una capacità lavorativa residua dell'assicurato sarebbe altresì necessario sapere da quando la stessa è insorta. - Vi è un margine potenziale di miglioramento dell'abilità lavorativa dell'assicurato mediante dei provvedimenti professionali o mediante altre cure mediche? Nell'affermativa, in che misura sono praticabili eventuali misure d'accertamento della capacità lavorativa o eventuali richieste di modifica di cure (art. 7 LAI)? In che misura le stesse aumenterebbero la capacità lavorativa? - Eventuali introiti da lavoro incamerati dall'assicurato nell'ambito degli impegni sportivi che pratica da diversi anni sono da ritenersi conseguiti in un settore conforme allo stato di salute? Oppure dette attività hanno peggiorato (o sono suscettibili di peggiorare) lo stato di salute dell'assicurato? Se sì, per quali motivi e in che misura?". Il 9 settembre 2019 (doc. 116) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale si è così espresso: " (...) Diagnosi: Condrosarcoma di grado I, sacroiliaco sinistro con infiltrazione dei tessuti molli paravertebrali, con/su: (...) Il quadro oncologico appare per il momento stabilizzato senza recidive obiettive, ma vi sono innumerevoli complicazioni urologiche in considerazione della grave invasività ablativa chirurgica effettuata con Infezione delle vie urinarie in paziente con vescica neurologica, reflusso vescico-ureterale sinistro con rene grinzoso a sinistra e pregresse pielonefriti sinistre, in esiti di asportazione di condrosarcoma sacrale con/su: - autocateterismi; - impianto di neurostimolatore vescicale; - pregressa ESWL e URS per calcolosi delle vie urinarie a sinistra; - re-impianto vescico ureterale sinistro; - impianto di sfintere artificiale uretrale. Parziale miglioramento negli ultimi 6 mesi delle infezioni urinarie in auto cateterismo grazie ad inizio di trattamento infiltrativo con Botox. Ma vi è negli ultimi 2 anni apparizione di nuove patologie motorie articolari con Frattura polso sinistro 12.1.2018 operata in fase acuta e con necessità di revisione in 18.4.2019. Lesioni tendinopatiche alla cuffia rotatoria spalla sinistra con quadro di impingement subacromiale in artropatia degenerativa AC (vedi Artro RMI 16.4.2019). Si ricorda da ultimo che per le algie invalidanti a seguito degli interventi chirurgici avuti l'Ato presenta una storia di trattamenti sia invasivi con neuromodulatori (poi asportati nel decorso) che necessita di regolare presa di medicazione altodosata analgesica quale per esempio da ultimo del Targin. Proposta Dal lato puramente medico si può senza dubbio affermare che il quadro oncologico pur essendo a distanza di diversi anni dagli ultimi atti invasivi molto ablativi effettuati resta ad alto rischio di ulteriore progressione (d'altronde tipico per questo tipo di malattia oncologica). Ciò detto l'Ato grazie sicuramente a tenacia e propositività ha trovato nello sport un aiuto notevole al mantenimento della spinta vitale per cui nei momenti di stabilità globale clinica eventuali introiti pecuniari da sponsor sicuramente gli permettono una ulteriore motivazione ad affrontare il decorso di lunga malattia. Dal lato puramente medico una rivalutazione a 6 mesi per valutare la tenuta motoria del polso e spalla sinistra (evt. Risanamento sul breve termine?) appare giudiziosa. Il tutto verrà rivalutato alla luce anche dei dati pecuniari che verranno reperiti nel frattempo.". Il 25 maggio 2020 (doc. 123) l'Ufficio AI ha quindi domandato al dr. med. _____ un aggiornamento della documentazione medica dal maggio 2019 in poi. Alcuni giorni prima, il 19 maggio 2020 (doc. 120), facendo riferimento ai dati economici emersi durante il colloquio dell'estate precedente, l'Ufficio AI ha chiesto all'assicurato di produrre i giustificativi delle spese sostenute dal 2014 al 2019, di precisare le gare a cui ha partecipato e di produrre la dichiarazione fiscale 2019 (doc. H). Sulla scorta dei dati emersi durante l'incontro personale e quelli richiesti direttamente all'assicurato, il 31 luglio 2020 (doc. 134) l'ispettrice dell'Ufficio AI ha reso la sua inchiesta economica per indipendenti, in cui in particolare ha osservato quanto segue: " (...) Al momento attuale non disponiamo di

una imposizione fiscale in merito alle entrate e/o uscite che l'assicurato ha conseguito, rispettivamente sostenuto dal 2014 al 2019; e non disponiamo di una imposizione perché l'assicurato non ha dichiarato al fisco né le une, né le altre. Per quanto non abbiamo il ruolo di valutare quali di queste spese siano fiscalmente ammesse e dunque deducibili - ruolo che attiene al fisco - possiamo tuttavia affermare che alcune delle spese esposte dall'assicurato concernono la sfera privata e non solo quella professionale. Qui di seguito porteremo alcuni esempi: (...) Attività sportiva e professionale Vorrei altresì procedere con alcune considerazioni circa le attività cui l'assicurato si è dedicato negli ultimi anni a sostegno dell'attività sportiva. Alla R7 del verbale ha dichiarato di aver creato il sito (...) data l'esigenza di sopperire al 15% delle spese. Alla D8 gli viene chiesta ragione delle coordinate bancarie indicate nel sito, in cui si chiede una donazione " per i progetti che più mi stanno a cuore ". L'assicurato ha riferito in sede di inchiesta che " nessuno ha fatto versamenti ". Suscita perplessità, tuttavia, che il signor RI 1 abbia costruito un sito, ne abbia sostenuto e ne sostenga tuttora le spese ma, stando alle sue dichiarazioni, senza ottenere benefici economici. Parimenti, egli appare come firmatario a due dell'Associazione _____, della quale si dichiara nel sito web "contabile", ma la cui contabilità ammette di delegare a terzi (R13). Infine nell'ambito dell'Associazione _____ organizza eventi ; in essa ricopre il ruolo di presidente. Nella R16 ammette, nell'ambito di questa associazione, di svolgere attività di carattere amministrativo, di controllo, supervisione, tenuta dei contatti. Tempo dedicato a gare/allenamenti con la squadra Nelle distinte che l'assicurato ci ha inviato, vediamo come sono stati indicati, anno per anno, i periodi di "training"/gare con la squadra, oltre che i costi sostenuti. Dai dati ivi riportati, possiamo risalire all'impegno sportivo, ma evidentemente si tratta di informazioni per difetto perché non contengono tutti gli altri eventuali periodi di allenamento che potrebbe aver sostenuto. La tabella che segue ne rende un sunto ed evidenzia come, su un calcolo mensile e settimanale, si possa ritenere che, sull'arco di 12 mesi, è stato attivo, in gare e training, almeno un giorno a settimana:

Giornate di attività agonistica con la squadra	2019	2018	2017	2016
All'anno	46	54	94	75
mese	3.8	4.5	7.8	6.25
settimana	0.9	1.07	1.8	1.48

Tempo dedicato ad attività di carattere amministrativo Guardando al fatto che l'assicurato ha un sito a suo nome ed è attivo in altre due associazioni, possiamo ritenere che egli debba, regolarmente, gestire la comunicazione a vari livelli, all'interno del/dei comitati da un lato - come ha riferito nel corso del colloquio - e con i propri sostenitori dall'altro. È verosimile ipotizzare almeno una mezza giornata alla settimana per questo genere di attività, attività che negli ultimi anni hanno avuto carattere di regolarità. Per quel che concerne l'impegno di contabile, è ragionevole ritenere che senza competenze specifiche egli non sia in grado di preparare un conto economico o un bilancio; il signor RI 1 ha tuttavia ammesso (R16) di poter visionare la documentazione inviata dal contabile e " inviare qualche mail ". In generale, la documentazione economica inviata dall'assicurato non ci permette di definire i guadagni effettivamente conseguiti; d'altro canto prendiamo atto di come vi fossero sufficienti ragioni per dichiararli e imporli in sede fiscale, visto che sino ad oggi l'assicurato ha percepito denaro da sponsor e, eventualmente, da altri donatori. In assenza di dati concreti, ritengo che il dossier possa - e debba - essere valutato in attività rispettosa dei limiti funzionali; a tale scopo ci troviamo pertanto a dover definire il guadagno che il signor RI 1 avrebbe potuto conseguire data la formazione acquisita prima del danno. Nella Struttura svizzera dei salari, tabella TA1 skill_level non è indicata la posizione dello , pertanto ci rifaremo al

contratto collettivo di categoria. Rimando al segretario il dossier per la definizione del reddito senza invalidità.". Nella richiesta al Servizio Medico Regionale di prendere posizione sul caso dell'assicurato, il 31 luglio 2020 (doc. 135) la funzionaria gli ha presentato la situazione come segue: " (...) si evidenzia che l'inchiesta ha permesso di rendere altamente verosimile che l'assicurato stabilmente dal 2014 è riuscito ad autofinanziarsi (oltre alle entrate derivanti dalle assicurazioni sociali di all'incirca CHF 6'635.05 mensili) le sue attività sportive, traendone altresì dei ricavi. Circa l'impiego del tempo dell'assicurato, l'inchiesta ha permesso inoltre di appurare che - mediamente - per un giorno alla settimana lo stesso si è dedicato allo con la nazionale (NB: agli atti sono documentate anche gare extra nazionale). A ciò vanno aggiunte le attività a carattere amministrativo/di comunicazione (comprehensive anche quelle svolte per le associazioni di cui è membro) quantificate in almeno mezza giornata alla settimana. Per di più la scrivente rileva che a quanto sopra vanno aggiunti gli allenamenti effettuati privatamente (che l'assicurato ha confermato di effettuare, cfr. la risposta 4 del colloquio del 27 agosto 2019, nonché l'allegato allo scritto del 21 luglio 2020). In sintesi, gli accertamenti sin qui svolti documentano delle attività equiparabili ad impiego lavorativo - in media (e prudenzialmente) - del 35-40% del tempo sull'arco di un anno. Posta la necessità di valutare se (e in quale) impiego l'assicurato raggiunge il minor discapito economico e che è stato ottenuto un aggiornamento degli atti medici sia da parte del curante Dr. med. _____ sia dalla _____ si chiede - come atto indispensabile - che il SMR allestisca la propria valutazione di rito (finale)". Il 22 settembre 2020 (doc. 136) il dr. med. _____ ha reso quindi il seguente parere: " Per riassunto vedi mia annotazione medica del 9.9.2019 Ricordo che si tratta di revisione dal 3.2018 di R intera Si rende attenti che a seguito della forte discontinuità di tenuta somatica l'attività iniziale quale non appare più esigibile da lunga data (vuoi oltre 13 anni). È però stato appurato in fase di inchiesta economica per indipendenti che ciononostante grazie ad una stabilizzazione globale e nonostante una discontinuità di tempo e di tenuta sia per innumerevoli di accertamenti che cure prestate da terzi che autogestite sia realistico considerare l'Ato definitivamente inabile a circa un 60% almeno dalla data della revisione del 3.2018. Per attività adeguate ergonomicamente si considerano attività leggere senza dover sollevare/portare pesi > 5kg specialmente se sopra l'orizzontale, poter cambiare posizione statica al bisogno sia da seduto che in piedi, non dover spostarsi oltre 50m specialmente se su scale, poter accedere a toilette nelle strette vicinanze al bisogno, non dover lavorare in ambienti sporchi o polverosi. Alla luce degli ultimi accertamenti non sono da attendersi degli ulteriori miglioramenti significativi delle esigibilità residuali sul lungo periodo.". Il consulente in integrazione professionale si è espresso sulla reintegrabilità dell'assicurato nel mondo del lavoro il 22 ottobre 2020 (doc. 139), ritenendolo totalmente inabile come e abile al 40% da marzo 2018 in attività adeguata. Sull'opportunità di una prova lavorativa che comprovi la reintegrabilità dell'assicurato e il diritto a provvedimenti professionali, il consulente ha ritenuto essere dati nell'incarto sufficienti elementi relativi a competenze personali, relazionali e attività specifiche svolte che potrebbero essere messe a beneficio di una reintegrazione professionale immediata e autonoma dell'assicurato. Dall'inchiesta economica per indipendenti egli ha estrapolato tali elementi e dagli incassi degli sponsor ha calcolato che l'interessato ha ottenuto un guadagno verosimilmente superiore ai Fr. 1'500.- annui (art. 31 LAI). Il consulente in integrazione professionale ha perciò concluso che sul mercato libero del lavoro v'erano molteplici opportunità professionali direttamente accessibili e rispettose delle limitazioni funzionali evidenziate nei precedenti rapporti medici. Egli ha ritenuto

quindi che l'assicurato avesse dimostrato di possedere sufficienti risorse personali e potesse seguire i normali canali di ricerca lavoro e/o collocamento nella percentuale residua del 40%. Al progetto di decisione del 6 novembre 2020 di riduzione a tre quarti del diritto alla rendita ha fatto seguito il referto del 10 novembre 2020 (doc. 142) del dr. _____, specialista in medicina interna e generale, che ha osservato che la situazione del suo paziente, dal punto di vista dei danni motori in relazione alla paraplegia, non era cambiata. In merito a un'attività lavorativa confacente e compatibile con la sua menomazione fisica, il curante ha rilevato che oltre alla problematica motoria si aggiungeva quella dell'apparato urinario e renale come risultava dall'allegato referto della Clinica _____. L'insorgenza di queste infezioni, gran parte delle quali richiedevano un ricovero immediato in ospedale per pielonefrite, impedivano all'assicurato di sostenere le regolarità di un impiego lavorativo. Dal punto di vista pratico si aggiungeva la necessità di autocateterizzazione per potere evacuare la vescica. Il dr. med. _____ ha osservato il 15 dicembre 2020 (doc. 148) che la nuova documentazione medica non permetteva di modificare quanto già agli atti dal lato puramente medico in quadro valetudinario ormai da tempo stabilizzato, come descritto nella sua precedente annotazione del 22 settembre 2020. La decisione del 29 gennaio 2021 (doc. B) ha confermato la riduzione della rendita intera a tre quarti stante un grado di invalidità del 68% calcolato tenuto conto di una capacità lavorativa residua del 40% in attività adatta. Con il ricorso l'assicurato ha prodotto della documentazione medica ed economica già agli atti, eccetto il nuovo rapporto del 9 febbraio 2021 (doc. C) del dottor _____, che ha aggiornato la situazione dell'interessato. Infatti, il medico curante ha fatto presente che successivamente al rapporto del 16 ottobre 2020 della Clinica _____, si è aggiunta una problematica alla spalla destra con lesione transmurale del sovraspinato e fessura dello SLAP, ciò che provocava dolori all'elevazione della spalla. L'interessato è stato quindi sottoposto a un trattamento infiltrativo e fisioterapico, con parziale miglioramento, ma persistenza di una significativa sintomatologia algica. Una rivalutazione era prevista fra un mese. Non era escluso che l'assicurato dovesse ricorrere in futuro a un intervento chirurgico visto il carattere transmurale della lesione. Non andava poi dimenticata la sua paraplegia e che l'utilizzo delle spalle era importante e indispensabile per la sua deambulazione ed autonomia. Oltre a ciò si è aggiunta una recidiva della sindrome lombo-radicolare a destra, con importanti dolori lombari irradianti all'arto inferiore destro per i quali era prevista a breve una nuova infiltrazione a livello peri-radicolare para-tecale L5-S1 sotto controllo TAC. A suo dire, l'interessato rimaneva inabile al lavoro al 100%, giacché le diverse patologie non gli permettevano di mantenere in alcun modo una regolarità lavorativa. Vero che l'assicurato si dedicava all'attività sportiva e alla gestione di alcune associazioni, ma ciò veniva svolto in modo irregolare a dipendenza della situazione sintomatica e clinica e l'interessato doveva frequentemente interrompere le sue attività per periodi anche relativamente prolungati a causa dei dolori legati alle diverse patologie di cui soffriva: la grave mutilazione lombo-sacrale dopo i plurimi interventi subiti e il conseguente sovraccarico di altre strutture, come le spalle, i polsi e i gomiti. Inoltre, negli ultimi mesi il suo paziente ha necessitato di numerose infiltrazioni dopo le quali doveva interrompere per alcuni giorni le sue attività. A livello medicamentoso, a causa dei dolori il curante ha dovuto recentemente riprendere la prescrizione di oppiacei. A questo si aggiungeva una seconda importante problematica che impediva una continuità lavorativa e che riguardava l'apparato urinario, dove era presente una vescica neurologica con reflusso urinario e insufficienza del rene sinistro per il quale l'assicurato doveva regolarmente sottoporsi a iniezioni di tossina botulinica. Il reflusso causava infezioni urinarie recidivanti molto frequenti con

manifestazione pielonefritiche che richiedevano spesso dei ricoveri in ospedale e l'improvvisa sospensione di tutte le sue attività. In considerazione di questa situazione, d'avviso del medico curante l'assicurato non era collocabile per alcun tipo di attività lavorativa, anche sedentaria, non potendo garantire una continuità e una stabilità lavorativa. Per potere allestire la risposta di causa, l'Ufficio AI ha invitato l'SMR a pronunciarsi su quest'ultimo referto e il 29 marzo 2021 (doc. VI/1) il dr. med. _____ ha affermato quanto segue: " Dal lato medico non posso che convalidare le significative limitazioni già esposte nella mia annotazione del 9.9.2019 ritenendo l'Ato seriamente limitato con IL 60% anche per attività adeguate in limitazione nella continuità lavorativa (per intercorrenti pause per trattamenti ripetitivi). La nuova doc. inviata dal dr. _____ non permette di modificare quanto già riportato ricordando che se l'Ato si sottoporrà ad interventi nuovi vuoi alla spalla controlaterale ovviamente si considererà per un lasso di tempo di 4-6 mesi una totale IL per ogni attività. Lascio ovviamente al SIP considerare adeguatamente le possibilità di reintegrazione in difficoltà di tenuta lavorativa.". Anche il Servizio Integrazione Professionale è stato chiamato dall'Ufficio AI a pronunciarsi sulle osservazioni dell'assicurato e il 20 aprile 2021 (doc. VI/3) il consulente ha ribadito, a fronte di un'ulteriore conferma degli aspetti medico-teorici da parte dell'SMR, la sua precedente presa di posizione di un potenziale reintegrativo dell'assicurato senza la necessità di preventivi accertamenti pratici a livello professionale. Il funzionario ha poi ulteriormente spiegato le ragioni per cui sarebbe esigibile che l'assicurato lavori un'ora e mezza alla mattina e altrettante al pomeriggio, per un totale di due giorni alla settimana, negli impieghi individuati, perciò il mercato del lavoro offre diverse opportunità professionali facilmente accessibili all'assicurato. 2.6. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF

104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 9C_168/2020 consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Ancora recentemente (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPG) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas

encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" . In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). In merito ai rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, a suo favore (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353). Inoltre, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, trattandosi delle divergenze di opinione tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans

le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)". Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.7. Chiamato ora a pronunciarsi questo Tribunale, ritiene che l'istruttoria eseguita dall'amministrazione, posta alla base della decisione di riduzione del diritto alla rendita dall'assicurato, sia carente e quindi priva del necessario valore probatorio. Essa deve pertanto essere necessariamente completata prima di potersi esprimere sul diritto alle prestazioni dell'interessato. Al riguardo occorre innanzitutto ricordare che, come accennato (cfr. consid. 2.3.), in sede di revisione il diritto alla prestazione deve essere ridotto o soppresso nel caso in cui intervenga un mutamento notevole del grado di invalidità, derivante da una modifica significativa degli aspetti medici o di quelli economici. Nel caso di specie, l'amministrazione ha concluso che, a fronte di uno stato di salute invariato rispetto all'ultima decisione di conferma del diritto alla rendita intera, grazie all'attività sportiva l'assicurato ha saputo auto-riadattarsi alle limitazioni derivanti dalla propria disabilità, con conseguente miglioramento e della capacità lavorativa e lucrativa. Questo Tribunale non può, con sufficiente tranquillità, condividere tali conclusioni senza che prima vengano svolti ulteriori approfonditi accertamenti, sia di natura medica che economica.

2.8. Dopo attenta disamina della documentazione all'incarto, il TCA rileva innanzitutto come già dal profilo medico l'Ufficio AI abbia omesso di sottoporre l'assicurato ad una visita peritale. Nell'ambito della quarta revisione d'ufficio avviata nel marzo 2018, l'Ufficio AI si è infatti limitato a sottoporre il caso al Servizio Medico Regionale una prima volta nel settembre 2019 (doc. 114) dopo avere sentito l'assicurato e gli ha presentato il quadro di un assicurato affetto da disturbi lombo-sacrali, neurologici, renali e vescico-uretrali, comunque attivo a livello nazionale nello sport e a livello regionale in un paio di associazioni benefiche per le quali svolgeva delle attività di carattere amministrativo e/o organizzativo. Al medico è stato chiesto se l'assicurato era stato in grado di adattarsi ai suoi danni alla salute e quindi se era in grado di svolgere dal profilo medico-teorico un'attività adatta. Il dr. med. _____ ha riscontrato il 9 settembre 2019 (doc. 116) un quadro oncologico stabilizzato, ma ad alto rischio di ulteriore progressione. Inoltre, v'erano numerose complicazioni urologiche con parziale miglioramento negli ultimi sei mesi delle infezioni urinarie in autocateterismo. Erano pure apparse negli ultimi due anni una frattura al polso sinistro e una lesione tendinopatica alla cuffia dei rotatori della spalla sinistra (recte: destra). Era perciò necessaria una rivalutazione a sei mesi per valutare la tenuta motoria del polso e della spalla. Raccolta presso il curante ulteriore documentazione medica e allestita un'inchiesta economica per indipendenti sulla scorta dei dati forniti dall'assicurato sia durante il colloquio personale sia in seguito, l'Ufficio AI si è limitato a richiedere al dr. med. _____ dell'SMR una presa di posizione, dal profilo medico, riguardo alle considerazioni, di natura economica, espresse dall'ispettrice incaricata, senza tuttavia mai sottoporre l'assicurato a una visita specialistica malgrado il suo particolare stato di salute. In realtà, nemmeno in precedenza il ricorrente è mai stato sottoposto a un'attenta valutazione specialista da parte di un esperto esterno all'Ufficio AI, visto che anche in occasione delle precedenti revisioni d'ufficio è il Servizio Medico Regionale che si è brevemente pronunciato sulle sue condizioni di salute (il 2 gennaio 2008 (doc. 45) per la prima revisione d'ufficio, il 4 gennaio 2010 per la seconda revisione (doc. 55), il 13 marzo 2012 (doc. 73) e il 6 aprile 2012 (doc. 77) nell'ambito della domanda di assegno per grandi invalidi). L'amministrazione ha in sostanza di volta in volta

confermato il diritto alla rendita intera di invalidità sulla base delle annotazioni dell'SMR, laddove disponibili, a loro volta derivanti in gran parte dalle attestazioni dei medici curanti.

2.9. Tale modo di procedere dell'amministrazione non può essere condiviso. L'UAI avrebbe dovuto, se non già in passato, almeno nell'ambito della revisione in esame, eseguire una valutazione peritale di natura pluridisciplinare atta a verificare l'evoluzione dello stato di salute dell'interessato con riferimento ai problemi oncologici e urologici già noti (STCA 32.2020.132+143+144 del 26 luglio 2021, consid. 2.7) e i relativi effetti sulla capacità lavorativa. Ma non solo, visto che lo stesso Servizio Medico Regionale ha rilevato, nel settembre 2019, che erano sopraggiunte delle ulteriori problematiche somatiche, quali la frattura del polso sinistro e le lesioni tendinopatiche alla cuffia rotatoria della spalla sinistra (recte: destra). Queste ultime problematiche sono state verosimilmente considerate dal dottor _____ stabilendo una limitazione nel sollevare pesi superiori ai 5 kg sopra l'orizzontale, ma non è dato di sapere se egli le abbia altresì considerate fissando nel 60% il grado di inabilità lavorativa del ricorrente in attività adeguate. Al riguardo, il 9 febbraio 2021 il medico curante ha affermato che la problematica alla spalla destra provocava dolori all'assicurato all'elevazione della spalla, perciò era stato sottoposto a un trattamento infiltrativo e fisioterapico con parziale miglioramento, ma persistenza di una significativa sintomatologia algica. L'ipotesi di un futuro intervento chirurgico è stata valutata dal medico SMR pendente causa semplicemente affermando che, in tal caso, si dovrà considerare un'inabilità lavorativa totale per 4-6 mesi, ma nulla egli ha detto su degli eventuali impedimenti attuali nello svolgere un'attività lavorativa adatta pur con una spalla dolorante e non completamente funzionante. La capacità lavorativa è stata dunque sempre confermata nel 40%, senza tuttavia essere più dettagliato in merito alla presa in considerazione di questa problematica. Anche la recidiva della sindrome lombo-radicolare a destra, con importanti dolori lombari irradianti all'arto inferiore destro che, anch'essa, ha necessitato di una nuova infiltrazione, non è stata oggetto di una compiuta valutazione da parte del Servizio Medico Regionale e quindi degli eventuali riflessi che tale patologia potevano provocare sulla capacità lavorativa residua del ricorrente. In ogni caso non può essere condivisa la scelta dell'Ufficio AI di sottoporre al vaglio del Servizio Medico Regionale per un semplice apprezzamento medico basato sugli atti le risultanze della valutazione economica per indipendenti effettuata dall'ispettrice il 31 luglio 2020 (STCA 32.2020.132+143+144 del 26 luglio 2021, consid. 2.7). Questo modo di procedere non risulta sufficiente al fine di stabilire se, come preteso dall'Ufficio AI, l'assicurato, nonostante uno stato di salute rimasto stabile, abbia negli anni sviluppato una sorta di auto-riadattamento alle proprie limitazioni, tale da consentirgli di attingere alle proprie risorse fisiche e di permettergli di svolgere delle attività lucrative effettive e durature. Nonostante nell'annotazione del 22 settembre 2020 (doc. 136) il dr. med. _____ del SMR abbia considerato, sulla base degli atti (economici), che " Si rende attenti che a seguito della forte discontinuità di tenuta somatica l'attività iniziale quale non appare più esigibile da lunga data (vuoi oltre 13 anni). È però stato appurato in fase di inchiesta economica per indipendenti che ciononostante grazie ad una stabilizzazione globale e nonostante una discontinuità di tempo e di tenuta sia per innumerevoli di accertamenti che cure prestate da terzi che autogestite sia realistico considerare l'Ato definitivamente inabile a circa un 60% almeno dalla data della revisione del 3.2018 ", si rileva che la questione, medica, dell'eventuale intervenuto miglioramento della capacità lavorativa a seguito di un adattamento alla disabilità, avrebbe dovuto essere affrontata e risolta, tramite un'adeguata valutazione peritale dell'assicurato. In questo senso si è espressa l'Alta Corte nella già citata

DTF 141 V 9, in particolare consid. 6.3.2 (e sentenze ivi indicate), in cui ha sottolineato come, nell'ambito della rivalutazione dello stato di salute e della capacità lavorativa, deve essere approfondito lo stato di salute complessivo. Un effettivo cambiamento della situazione sanitaria può risiedere anche nel fatto che, ad esempio, una malattia è cambiata nella sua intensità e quindi nei suoi effetti sulla capacità lavorativa, o in un migliore adattamento alla disabilità dell'assicurato. L'aver tratto la conclusione, medica, di una capacità lavorativa del 40% verosimilmente per il solo fatto che una funzionaria dell'Ufficio AI ha indicato che " gli accertamenti sin qui svolti documentano delle attività equiparabili ad impiego lavorativo - in media (e prudenzialmente) - del 35-40% del tempo sull'arco di un anno " (doc. 135), risulta semplicistico oltretutto arbitrario. Peraltro, tale deduzione si discosta da quanto ipotizzato dall'ispettrice nella sua valutazione per indipendenti. Quest'ultima, in effetti, aveva concluso che l'assicurato era stato attivo almeno un giorno alla settimana nello svolgimento di gare e allenamenti con la squadra nazionale e in almeno mezza giornata, sempre alla settimana, in attività di carattere amministrativo. Per contro, nel presentare il caso al SMR, un'altra funzionaria ha quantificato nel 35-40% il tempo dedicato dal ricorrente a delle attività equiparabili a un impiego lavorativo. 2.10. Anche in ottica economica l'istruttoria amministrativa deve essere verificata e approfondita, presentando lacune tali da non potere essere considerata concludente ai fini del giudizio. Da una parte, il reddito da valido come è stato calcolato sulla base del contratto collettivo di lavoro in quel ramo valido nel 2018 così come pubblicato sul Bollettino ufficiale delle leggi del Cantone Ticino (N. _____). Tuttavia, questo CCL è stato successivamente modificato in più occasioni () e con esso il salario minimo mensile per un qualificato. Il reddito da valido va dunque determinato sulla base del salario che l'assicurato avrebbe percepito nel 2021, ovvero quando è stata emanata la decisione qui impugnata. Inoltre, come previsto dal contratto collettivo, il ha diritto a una tredicesima mensilità, ma i 23 giorni di vacanza stabiliti in base all'età del lavoratore sono evidentemente già compresi nel salario annuo e quindi non va aggiunta una quattordicesima mensilità come effettuato dall'amministrazione. Dall'altra parte, non va dimenticato che quando è insorto il danno alla salute l'assicurato aveva appena terminato la formazione di , perciò se il condrosarcoma non si fosse manifestato nel 2004 egli avrebbe verosimilmente iniziato a lavorare come . Vanno perciò tenuti in considerazione pure tutti gli anni di esperienza che il ricorrente avrebbe maturato fino alla data dell'emanazione della decisione formale contestata (cfr. STF 9C_266/2021 del 28 luglio 2021 consid. 6.1). Il calcolo della perdita di guadagno subita dall'insorgente risulta dunque incompleto e bisognoso di ulteriori approfondimenti. Spetterà quindi all'amministrazione, alla quale gli atti vanno rinviati per complemento istruttorio di carattere medico, pure determinare il reddito da valido e quello da invalido (cfr. anche la STF 9C_15/2020 del 10 dicembre 2020 relativa alle attività in home office citata nella risposta di causa) e successivamente fissare il grado di invalidità. 2.11. V ista la necessità di rinviare gli atti all'Ufficio assicurazione invalidità per ulteriori accertamenti medici ed economici, la decisione impugnata deve essere annullata e il ricorso accolto. Al ricorrente, rappresentato da un avvocato, vanno assegnate ripetibili (art. 61 lett. g LPGA e 30 cpv. 1 Lptca). 2.12. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola, pubblica. Alla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede, il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69

cpv. 1bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021, la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: STF 9C_613/2019 del 7 maggio 2021; STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1), le spese vanno messe a carico dell'Ufficio AI.

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