

## **TI\_GERICHTE 32.2023.16 vom 21. August 2023**

TI Tribunale d'appello, 2023-08-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2023.16](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.16)

FR: TI\_GERICHTE 32.2023.16 du 21 août 2023

IT: TI\_GERICHTE 32.2023.16 del 21 agosto 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 21**

agosto 2023

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore:

Francesco Sciuchetti, vicecancelliere

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sui ricorsi del 16 febbraio 2023 di

RI 1

contro

le decisioni del 24 gennaio 2023 (inc. 32.2023.16) e del 27 gennaio 2023 (inc. 32.2023.17) emanate da

Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona

in materia di assicurazione federale per l'invalidità

ritenuto in fatto

Con scritto

#### **E. 22**

maggio 2023, l'insorgente ha dichiarato di non aver ulteriori mezzi di prova da produrre e di aderire alla richiesta di congiunzione delle cause.

considerato in diritto

in ordine

Per la disamina del diritto a una rendita di invalidità eventualmente già insorto in precedenza, di norma, occorre rifarsi alle regole generali del diritto intertemporale secondo cui sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF

130 V 445 consid. 1, pag. 446 seg. con riferimento a DTF 130 V 329).

Preso atto di queste censure, l'amministrazione ha ritenuto necessario una presa di posizione da parte del SMR, il quale per quanto riguarda la miastenia gravis si è rivolto al dr. med. \_\_\_\_\_, primario del servizio di neurologia presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ avente in cura il assicurato, che ha evidenziato con scritto di data 5 dicembre 2022 come ■ Il signor RI 1 è affetto da una forma di miastenia a prevalente interessamento oculare, con esordio clinico attorno al 2009. La probabilità che una forma miastenica a prevalente interessamento oculare evolva, a distanza di più di 10 anni dall'esordio, ad una forma generalizzata è relativamente bassa (10-20%), variabile a seconda delle casistiche ed in ogni caso non sicuramente prevedibile■, osservando poi che ■ Finché la manifestazione rimane a prevalenza oculare, i sintomi, per quanto fluttuanti e talora invalidanti per il paziente, non ne limitano l'attività lavorativa, non rappresentando da soli una causa di invalidità■ (doc 227 incarto AI).

Con rapporto finale di data 12 gennaio 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_, confrontandosi in modo puntuale con le censure del ricorrente, ha quindi rilevato come ■ le risultanze emerse dalla visione delle immagini della sorveglianza ex. art. 43 LPGA, precisamente tra le date del 06.05.2022 e 25.05.2022, rispettivamente nell'arco di otto giorni, risultano congrue e sufficienti per esperti della materia osteolegamentare, a poter desumere secondo il principio della verosimiglianza preponderante, il grado di capacità lavorativa nell'attività di riferimento ed in un'attività adeguata ed a identificare eventuali limitazioni funzionali.■ Concludendo, in merito alle diverse patologie di cui soffre l'assicurato, che ■ [ ] le disabilità funzionali non sono più discernibili le une dalle altre in quanto si estrinsecano in un multiforme e variegato impedimento che costituisce la parte integrante delle limitazioni, che non appaiono aderire al precedente stato clinico documentato ma che dal maggio 2021 rispecchiano un oggettivo adattamento delle limitazioni funzionali globali, permettendo al sig. RI 1 di ritornare nuovamente abile all'attività di riferimento di gerente di bar in misura completa ed abile in misura completa■ (doc. 228 incarto AI).

È in particolare emerso che RI 1, dopo essersi recato in data 9 agosto 2022 presso il Pronto soccorso dell'\_\_\_\_\_ lamentando un dolore al ginocchio destro ed in seguito ad un esame RM effettuato in data 6 settembre 2022 che ha mostrato una lesione del menisco mediale, si è sottoposto in data 1° ottobre 2022 ad un intervento artroscopico di meniscectomia selettiva eseguito dal dr. med. \_\_\_\_\_. In data 31 dicembre 2022 l'assicurato è stato nuovamente valutato presso il pronto soccorso dell'\_\_\_\_\_ a causa di una gonalgia invalidante dove è stata riscontrata una tumefazione al ginocchio destro ed un ballottamento rotuleo con un segno di Steinman I positivo per menisco mediale ed è stata certificata un'incapacità lavorativa sino al 15 gennaio 2023 in misura del 100%. In data 12 gennaio 2023 è stato nuovamente valutato dal dr. med. \_\_\_\_\_ il quale, nel rapporto medico di medesima data, ha riscontrato un ginocchio destro asciutto, non dolente, non tumefatto ma con un importante ipotono muscolare, concludendo per un'inabilità lavorativa al 50% fino al 5 febbraio 2023 (docc. 709 e 710 incarto AI).

Esprimendosi in merito alla nuova documentazione medica prodotta in sede di ricorso, il medico SMR ha rilevato quanto segue: ■ Dalla lettura della nuova documentazione traspare un peggioramento transitorio della funzionalità del ginocchio destro rispetto al buon andamento oggettivato nei video della sorveglianza avvenuta tra il 6 maggio 2021 ed il 25 maggio 2021■ (doc. 713 incarto AI). Confrontando il rapporto medico del 13 gennaio 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_ con quello del 27 gennaio 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, il

medico SMR ha evidenziato che ■le rilevanti differenze nella semeiotica clinica che emergono dalla lettura dei due rapporti medici lasciano presumere una condizione algico disfunzionale del ginocchio destro del sig. RI 1 non altamente invalidante, in quanto altrimenti sarebbe sicuramente emerso un quadro clinico preoccupante in entrambi gli esami obiettivi in una finestra temporale di solo 14 giorni, considerata la vasta e trentennale esperienza di cui gode il dr. med. \_\_\_\_\_ nella cura chirurgica delle patologie del ginocchio■. Lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_ ha per finire concluso con la seguente valutazione: ■Per questi motivi si ritiene con un grado di probabilità preponderante che il sig. RI 1 attualmente sia abile in misura completa un■attività lavorativa sedentaria non onerosa dal punto di vista fisico; nello specifico risulta esigibile in misura completa un lavoro di ufficio leggero, facendo attenzione a sollevare carichi limitati con dei cambi di postura frequenti e gestione del tempo del lavoro intervallati da piccole pause, dove eviti di lavorare accovacciato, eviti di salire e scendere le scale frequentemente, eviti di utilizzare le spalle in maniera continuativa, eviti di eseguire gesti che prevedono movimenti degli arti superiori al di sopra del livello dell■orizzontale; a questo potrebbe aggiungersi una posizione di lavoro comoda ed ergonomica che consenta pochi carichi assiali e rotazionali senza caricare pesi superiori ai 5 kg frequentemente.

Per quanto attiene invece l■attività di riferimento di gestore di bar, persiste una inabilità del 50% con il presumibile ripristino di capacità lavorativa completa una volta recuperata l■ipotonia muscolare riscontrata dal Dr. \_\_\_\_\_ nel suo ultimo rapporto medico del 13.01.2023, non essendo state riscontrate al ginocchio destro problematiche valevoli di ulteriori approfondimenti radiologici e neppure trattamenti di secondo livello.■ (doc. 713 incarto AI).

Con osservazioni 22 maggio 2023 il ricorrente ha nuovamente invocato un peggioramento del suo stato di salute, prevalendosi in particolare del rapporto medico 4 aprile 2023 del suo medico curante dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e geriatria. Quest■ultima ha indicato quale data dell■ultima consultazione il 16 marzo 2023, ponendo la seguente diagnosi con ripercussione sull■attività lavorativa: miastenia, sindrome ansioso-depressiva, gonalgia cronica in esito a plurimi interventi chirurgici e omalgia cronica bilaterale con perdita funzionale destra maggiore della sinistra, arrivando così a ritenere il paziente inabile al 100% in maniera definitiva.

Con ulteriore annotazione per/da SMR di data 30 maggio 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha confermato la sua precedente valutazione, indicando in particolare che ■[ il rapporto medico del dr. med \_\_\_\_\_ del 13.01.2023 non attesta minimamente la presunta completa e duratura risoluzione delle problematiche al ginocchio destro, ma offre informazioni su una clinica semeiotica non aderente ad uno stato algico disfunzionale del ginocchio destro tale da determinare una incapacità lavorativa futura in un■attività non onerosa dal punto di vista fisico[ ].Infine in nessuna forma ed in nessun luogo viene mai chiarito perché nonostante il dr. med. \_\_\_\_\_, all■interno del suo rapporto medico del 27.01.2023, dopo due settimane dalla visita del dr. med. \_\_\_\_\_, riscontrasse un quadro clinico globale dello stato di salute del sig. RI 1 di forma severa e nonostante fossero state formulate delle diagnosi di gonalgia destra cronica in esito di plurimi interventi chirurgici ed un omalgia cronica bilaterale con perdita di funzione più marcata a destra, all■interno della lista dei farmaci assunti su base programmatica dal sig. RI 1 (e menzionati dal dr. \_\_\_\_\_ all■interno del suo rapporto medico del 27.01.2023), non venga menzionata l■assunzione di alcuna varietà farmacologica antinfiammatoria, analgesica del

primo scalino o del secondo scalino (neppure lasciata in riserva!) senza neppure che venga raccomandata la prescrizione/assunzione almeno da parte del dr. med. \_\_\_\_\_.

Ora, è vero che il medico del SMR, come evidenziato dal ricorrente, non ha effettuato una visita clinica dell'assicurato. Questo Tribunale sottolinea che egli ha nondimeno fondato la propria valutazione del 12 gennaio 2023 non solo sul materiale e sul rapporto di osservazione, ma anche sull'insieme della documentazione medica del signor RI 1 presente agli atti. Il TCA rileva inoltre che la sua conclusione di un miglioramento dello stato di salute dell'assicurato a far tempo dal 6 maggio 2021, debitamente motivata, coincide poi con quella formulata dal dr. med. \_\_\_\_\_ in ambito LAINF il 10 dicembre 2021.

Questo Tribunale ritiene tuttavia di non potersi pronunciare sulla soppressione della rendita prima che vengano esperiti i necessari approfondimenti medici relativi al successivo peggioramento delle condizioni valetudinarie di RI 1 emerso in particolare dalla refertazione medica prodotta in sede di ricorso.

Va anzitutto rilevato per quanto riguarda la patologia del ginocchio destro che, come visto, l'assicurato, dopo essersi recato presso il pronto soccorso dell'\_\_\_\_\_ in data 9 agosto 2022, è stato poi sottoposto ad un intervento artroscopico di meniscectomia selettiva in data 1° ottobre 2022. Egli è poi stato valutato nuovamente in data 31 dicembre 2022 e finalmente in data 12 gennaio 2023 dal dr. med. \_\_\_\_\_.

A questo proposito, il dr. med. \_\_\_\_\_ del SMR ha evidenziato una difformità fra il quadro clinico emerso dal rapporto medico del dr. med. \_\_\_\_\_ del 13 gennaio 2023 e quello esposto appena due settimane più tardi, in data 27 gennaio 2023 dal dr. med. \_\_\_\_\_. Se il primo ha riscontrato un ginocchio asciutto, non dolente, non tumefatto con evidente ipotonia muscolare ed ha certificato una sua piena inabilità al lavoro sino al 5 febbraio 2023, il secondo ha diagnosticato una gonalgia destra cronica in esito di plurimi interventi chirurgici (di cui l'ultimo nel mese di ottobre 2022) arrivando a ritenere, in ragione delle numerose patologie presenti, un'inabilità lavorativa al 100% probabilmente definitiva. Ad una valutazione pressoché identica a quella del dr. med. \_\_\_\_\_ - pure in punto all'inabilità lavorativa - è giunto il medico curante dr. med. \_\_\_\_\_ con il sopra citato rapporto 4 aprile 2023. Se è vero che la gonalgia bilaterale è nota da tempo, il fatto che due rapporti medici resi a distanza di due settimane l'uno dall'altro giungano a conclusione tanto divergenti, non permette di giungere ad un chiaro ed affidabile giudizio in merito alle conseguenze dell'intervento chirurgico eseguito il 1 ottobre 2022 sulle condizioni del ginocchio destro.

A fronte di ciò non si possono ritenere pienamente probanti le conclusioni cui giunge il dr. med. \_\_\_\_\_ il quale, fondandosi unicamente su tale parziale e contraddittoria refertazione medica, dopo aver descritto i limiti funzionali in seguito all'esacerbazione della patologia del ginocchio destro, pone un giudizio di completa abilità in un'attività lavorativa adeguata ed in misura del 50% nell'attività di riferimento, con il presumibile ripristino della capacità lavorativa completa una volta recuperata l'ipotonia muscolare riscontrata dal dr. med. \_\_\_\_\_ (non vi è tutta via agli atti alcuna indicazione che permetta di stabilire un tale recupero).

In particolare, egli arriva a definire l'abilità lavorativa presumendo, dalla lettura dei rapporti medici del dr. med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_, una condizione del ginocchio destro non altamente invalidante, in quanto altrimenti sarebbe sicuramente

emerso un quadro clinico preoccupante in entrambi gli esami obiettivi in una finestra temporale di solo 14 giorni ed evidenziando inoltre come non sia stato chiarito per quale motivo, nonostante la diagnosi di gonalgia destra cronica posta dal dr. med. \_\_\_\_\_, questi non abbia prescritto una terapia farmacologica conseguente, mettendo in dubbio la fondatezza delle risultanze del suo rapporto medico.

Le conclusioni del medico SMR, fondate su tali premesse, non risultano essere sufficientemente suffragate da riscontri clinici e diagnostici.

In ogni caso, nemmeno può essere attribuito pieno valore probante ai rapporti medici del dr. med. Heitmann del

#### **E. 27**

gennaio 2023 e della dr. med. \_\_\_\_\_ del 4 aprile 2023. Da parte sua, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha proceduto ad una visita clinica ed ha effettuato l'anamnesi del paziente, nella quale tuttavia non figura nulla riguardo al miglioramento dello stato di salute riscontrato dal dr. med. \_\_\_\_\_ e dal dr. med. \_\_\_\_\_, con le cui pertinenti argomentazioni riguardanti il suo stato di salute egli pertanto non si confronta. Inoltre nel suo rapporto il dr. med. \_\_\_\_\_ non distingue fra incapacità lavorativa in attività lavorativa abituale e in quella adeguata, non descrive i limiti funzionali del paziente, né indica da quando avrebbe inizio l'incapacità lavorativa.

Analogo discorso vale per il rapporto medico 4 aprile 2023 della dr. med. \_\_\_\_\_, la quale risulta aver avuto l'ultimo consulto con il cliente in data 16 marzo 2023. Nemmeno la sua valutazione contiene una chiara distinzione fra incapacità lavorativa in attività lavorativa abituale e in quella adeguata, né descrive precisamente i limiti funzionali del paziente.

Stante quanto sopra esposto, questa Corte ritiene di non potere, con la necessaria tranquillità, fondare il proprio giudizio sull'apprezzamento espresso dal medico SMR dr. med. \_\_\_\_\_ in data 12 gennaio 2023 e nei suoi complementi del 21 marzo e del 30 maggio 2023, ma ritiene indispensabile un approfondimento degli aspetti relativi alla patologia del ginocchio destro e della sua esacerbazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, ben potendo infatti un peggioramento delle condizioni di salute dell'interessato essere subentrato nel periodo precedente l'emanazione della decisione impugnata, la quale delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), ritenuto che per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata (in casu il 24 gennaio 2023), quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possano imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b).

In concreto, il referto del dr. med. \_\_\_\_\_ del 27 gennaio 2023 e quello della dr. med. \_\_\_\_\_ del 4 aprile 2023 sono successivi, il primo di pochi giorni, il secondo di pochi mesi, alla decisione impugnata.

Secondo questa Corte essi vanno tuttavia presi in considerazione, in quanto, visto il tempo breve intercorso fra decisione impugnata e i referti in questione, oltre a quanto esposto nei paragrafi precedenti, non si può escludere, ma appare anzi probabile, che si riferiscano ad

un quadro clinico antecedente al provvedimento contestato. Essi sono dunque suscettibili di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione precedente la decisione del 24 gennaio 2023 (cfr. STFA U 299/02 del 2 settembre 2003).

In concreto, considerato come gli accertamenti eseguiti dall'amministrazione risultino incompleti, si impone pertanto un rinvio degli atti all'amministrazione affinché predisponga gli accertamenti peritali del caso, idonei a valutare la ripercussione dell'insieme delle patologie dell'assicurato sulla sua capacità lavorativa.

In esito alla nuova istruttoria dovrà essere emessa, nel rispetto dei dettami dell'art. 57a LAI, una nuova decisione soggetta a ricorso ai sensi degli artt. 56ss LPGA.

Va qui infatti rilevato che, come accertato anche dal SMR, l'assicurato soffre, fra le altre patologie, anche di una miastenia gravis, per la quale è in cura presso il dr. med.

\_\_\_\_\_.

Benché quest'ultimo abbia rilevato come la stessa sia a prevalenza oculare e non rappresenti da sola una causa di invalidità, nella valutazione medica del 27 gennaio 2023 del dr. \_\_\_\_\_, e in quella del 4 aprile 2023 della dr. med. \_\_\_\_\_, tenendo in considerazione le diverse patologie di cui soffre l'assicurato - fra le quali entrambi elencano miastenia generalizzata oltre ad un'omalgia destra cronica bilaterale con perdita di funzione parziale più marcata a destra - è stata ritenuta un'inabilità lavorativa del 100%.

Spetterà quindi all'Ufficio AI, nell'ambito dei nuovi accertamenti peritali indispensabili per chiarire l'effettiva capacità lavorativa dell'assicurato, prendere in considerazione anche di questi aspetti, verificandone l'eventuale ripercussione sulla valutazione dell'incapacità lavorativa e la sua evoluzione nel tempo, tenuto conto dell'insieme delle patologie. Ciò posto, non si può tuttavia escludere, come asserito dall'amministrazione, che l'aggravamento dello stato di salute del signor RI 1 abbia causato un'incapacità al guadagno della durata di tre mesi senza interruzione notevole ai sensi dell'art. 88a cpv. 2 OAI.

Come esposto nella STCA 32.2021.104 del 14 febbraio 2002 consid. 2.11, conformemente alla giurisprudenza, prima di procedere alla diminuzione o soppressione di una rendita di invalidità a seguito di revisione occorre accertare se esiste un bisogno di reintegrazione, valutando se l'assicurato sia concretamente in misura di mettere a profitto la sua capacità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato (cfr. gli art. 7 e 16 LPGA; cfr. STF 9C\_163/2009 del 10 settembre 2010). Nel caso di una revisione (e in analogia di una riconsiderazione; cfr. STF 9C\_152/2013 del 3 settembre 2013 consid. 3.2.3) di una rendita di invalidità versata da numerosi anni, il Tribunale federale ha sottolineato che di regola la (completa o parziale) capacità lavorativa attestata a livello medico ■ e che è alla base della riduzione del grado di invalidità e, quindi, della riduzione o soppressione della rendita ■ può venir (nuovamente) concretamente sfruttata dall'assicurato mediante un'adeguata autointegrazione sul mercato del lavoro equilibrato traducendosi così in un grado di invalidità inferiore (cfr. art. 7 cpv. 1 in relazione con l'art. 16 LPGA; STF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014, 8C\_18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10).

Questo è segnatamente il caso laddove l'assicurato ha sempre conservato una parziale capacità lavorativa residua cosicché l'aumento della capacità lavorativa non necessita un accresciuto bisogno di integrazione, specie se la ritrovata idoneità professionale può essere utilizzata in un'attività lavorativa già svolta o che può svolgere immediatamente.

In casi eccezionali invece l'amministrazione in sede di revisione della rendita deve esaminare la questione integrativa e, quindi, accertarsi se la ritrovata capacità lavorativa attestata medicalmente si traduce effettivamente in un grado di invalidità inferiore oppure se, eccezionalmente, occorre procedere ad un esame personale dell'effettiva idoneità lavorativa (con riferimento all'idoneità, alla capacità di carico, ecc.) e/o all'esecuzione di provvedimenti integrativi. In tali casi la rendita di invalidità deve continuare ad essere versata fintanto che il potenziale di capacità lavorativa riesce ad essere effettivamente realizzato grazie all'introduzione di misure medico-riabilitative e/o provvedimenti di integrazione professionale (STF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014, 8C\_18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10, 9 C\_848/2012 del 14 febbraio 2013, 9C\_831/2010, 9C\_768/2009 del 10 settembre 2010; SVR 2010 IV nr. 9 p. 27, 9C\_141/2009; vedi anche la STF 9C-998/2010 del 8 marzo 2011, 9C\_163/2009 del 10 settembre 2010).

In una successiva sentenza la Corte Federale ha ulteriormente precisato la sua giurisprudenza nel senso che un caso eccezionale in questo senso, necessitante cioè del preventivo esame circa la necessità dell'introduzione di provvedimenti integrativi malgrado la capacità lavorativa attestata medicalmente, va ammesso quando la revisione concerne un assicurato maggiore di 55 anni o titolare di una rendita di invalidità da oltre 15 anni (STF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014, 9C\_128/2013 del 4 novembre 2013, 9C\_152/2013 del 3 settembre 2013, 9C\_11/2012 del 28 febbraio 2012 consid. 2.2.2; 9C\_367/2011 del 10 agosto 2011; 9C\_228/2010 del 26 aprile 2011, pubblicata in SVR 2011 IVG nr. 73, e riferimenti).

Nella STF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014 il TF ha confermato questa giurisprudenza sottolineando che tali casi eccezionali possono essere riconosciuti segnatamente laddove l'assicurato è stato lontano dal lavoro per numerosi anni, dispone di un carente profilo conoscitivo e/o intellettuale o difetta di esperienza professionale (cfr. anche STF 9C\_152/2013 del 3 settembre 2013 e riferimenti). In DTF 141 V 5 il Tribunale federale ha affermato che per stabilire la soglia dell'integrazione autonoma esigibile di una persona assicurata dopo aver raggiunto 15 anni di erogazione della rendita o il 55° anno di età, è determinante il momento della decisione di soppressione della rendita o quando diviene effettiva la revoca della rendita (consid. 4).

Ai sensi della citata giurisprudenza, nel caso in esame l'insorgente, il quale sia al momento dell'emissione della decisione contestata (24 gennaio 2023) sia al momento in cui la soppressione è divenuta effettiva (1° giugno 2021) aveva già compiuto i 55 anni e beneficiava da oltre 15 anni di una rendita, appartiene di conseguenza alla categoria di persone per le quali occorre presumere che, a causa della loro età, non possono di principio intraprendere di loro iniziativa tutto quello che può ragionevolmente essere preteso da loro per sfruttare la loro capacità lavorativa medico-teorica (cfr. da ultimo 9C\_211/2021 del 5 novembre 2021, consid., 3.2; STF 9C\_663/2020 dell'11 agosto 2021, consid. 4.2).

In concreto l'amministrazione ha rilevato come, nonostante l'età avanzata e malgrado fosse al beneficio da oltre 15 anni di una rendita, l'insorgente risultasse lavorare presso il \_\_\_\_\_ ed ha pertanto ritenuto che egli fosse in grado di concretizzare la propria capacità lavorativa senza l'ausilio di provvedimenti d'integrazione professionale.

Ora, appurata la necessità di procedere ad accertamenti d'ordine medico volti a definire la capacità lavorativa sia nell'attività abituale che in altre attività in seguito al possibile peggioramento delle condizioni di salute, spetterà all'amministrazione stabilire sulla scorta

dell'esito di tali esami, l'esigibilità lavorativa dell'assicurato, tenuto conto in particolare necessità o meno di introdurre provvedimenti integrativi ai sensi della citata giurisprudenza.

In concreto, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito apertoequivale a piena vittoria: STF 8C\_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), le spese di fr. 500 vanno poste a carico dell'Ufficio AI.

Rappresentato da un avvocato e vittorioso in causa, il ricorrente ha diritto ad un'indennità per ripetibili (art. 61 lett. G LPGA e art. 30 cpv. 1 Lptca) che appare giustificato fissare in fr. 2'000.

### **E. 31**

LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2021, che regola la riduzione o soppressione della rendita, stabilisce che se un assicurato che ha diritto a una rendita consegue un nuovo reddito lavorativo o se il suo reddito lavorativo attuale aumenta, la sua rendita è riveduta conformemente all'articolo 17 LPGA soltanto se il miglioramento del reddito supera 1500 franchi all'anno (cpv. 1). 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. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95 segg.). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197). 2.5. Per quanto concerne l'aspetto medico, nell'ambito delle Annotazioni da/per SMR di data 2 giugno 2022, il medico del SMR dr. med. \_\_\_\_\_, ha rilevato che “ Da un punto di vista ortopedico e

relativamente alle patologie di natura osteolegamentare emerse dalla lettura della documentazione agli atti, rispetto alla situazione documentata alla base della decisione determinante, tenendo presente le diagnosi pertinenti, dalla visione delle immagini della sorveglianza avvenuta tra il 6 e il 25 maggio 2021, emerge un cambiamento dello stato di salute, cambiamento migliorativo. Nello specifico emerge un incremento del gradiente di tenuta e di forza espressa da entrambe gli arti superiori nei movimenti attivi ed un incremento del gradiente di forza e di unità di carico degli arti inferiori espresse nell'unità di tempo oltre un miglioramento nella durata di carico nel mentre gli sforzi fisici anche onerosi e prolungati negli intervalli cronologici agli arti superiori ed inferiori; si assiste ad un miglioramento dei movimenti del rachide cervicale ed una diminuzione dei tempi di recupero dopo sforzi massimali ” (doc. 208 incarto AI). Egli ha quindi rilevato che “ si conviene pienamente con le valutazioni espresse dal dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in chirurgia ortopedica, all'interno del suo rapporto medico del 10.12.2021, di una capacità lavorativa completa nell'attività di riferimento a partire dal 06.05.2021 ”, data quest'ultima in cui, sempre secondo secondo il medico SMR “ si assisteva con oggettività acclarata dalla visione delle immagini della sorveglianza avvenuta fra il 6 e il 25 maggio 2021 all'avvenuto miglioramento ” (doc. 208 incarto AI). In sede di osservazioni al progetto di decisione, l'assicurato ha contestato le risultanze del rapporto SMR, lamentando un peggioramento del suo stato di salute sia per i molteplici infortuni ad entrambe le spalle sia per l'aggravarsi della miastenia gravis. Ha quindi prodotto copiosa documentazione medica afferente alle note patologie di cui è afflitto (miastenia gravis, ipostenia ai quattro arti, diplopia, sindrome lombospondiligena da artropatia faccettaria lombosacrale, omalgia destra e sinistra e dolore cronico al ginocchio destro in stato ad intervento chirurgico del 1995). Preso atto di queste censure, l'amministrazione ha ritenuto necessario una presa di posizione da parte del SMR, il quale per quanto riguarda la miastenia gravis si è rivolto al dr. med \_\_\_\_\_, primario del servizio di neurologia presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ avente in cura il l'assicurato, che ha evidenziato con scritto di data 5 dicembre 2022 come “ Il signor RI 1 è affetto da una forma di miastenia a prevalente interessamento oculare, con esordio clinico attorno al 2009. La probabilità che una forma miastenica a prevalente interessamento oculare evolva, a distanza di più di 10 anni dall'esordio, ad una forma generalizzata è relativamente bassa (10-20%), variabile a seconda delle casistiche ed in ogni caso non sicuramente prevedibile ”, osservando poi che “ Finché la manifestazione rimane a prevalenza oculare, i sintomi, per quanto fluttuanti e talora invalidanti per il paziente, non ne limitano l'attività lavorativa, non rappresentando da soli una causa di invalidità ” (doc 227 incarto AI). Con rapporto finale di data 12 gennaio 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_, confrontandosi in modo puntuale con le censure del ricorrente, ha quindi rilevato come “ le risultanze emerse dalla visione delle immagini della sorveglianza ex. art. 43 LPGGA, precisamente tra le date del 06.05.2022 e 25.05.2022, rispettivamente nell'arco di otto giorni, risultano congrue e sufficienti per esperti della materia osteolegamentare, a poter desumere secondo il principio della verosimiglianza preponderante, il grado di capacità lavorativa nell'attività di riferimento ed in un'attività adeguata ed a identificare eventuali limitazioni funzionali. ” Concludendo, in merito alle diverse patologie di cui soffre l'assicurato, che “[...] le disabilità funzionali non sono più discernibili le une dalle altre in quanto si estrinsecano in un multiforme e variegato impedimento che costituisce la parte integrante delle limitazioni, che non appaiono aderire al precedente stato clinico documentato ma che dal maggio 2021 rispecchiano un oggettivo adattamento delle limitazioni funzionali globali, permettendo al sig. RI 1 di ritornare nuovamente abile all'attività di riferimento di gerente di bar in misura completa ed abile in

misura completa ” (doc. 228 incarto AI). In sede di ricorso l’assicurato ha prodotto ulteriore documentazione medica dalla quale emerge che egli si è sottoposto nel corso del mese di ottobre 2022 ad un intervento chirurgico al ginocchio destro (doc. D). Ha inoltre prodotto un rapporto medico datato 27 gennaio 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna il quale, su incarico della \_\_\_\_\_, dopo aver visitato l’assicurato, sulla base della seguente diagnosi: “- Miastenia generalizzata. – Gonalgia destra cronica in esito di plurimi interventi chirurgici (vedi sopra) – omalgia cronica bilaterale con perdita di funzione parziale più marcata a destra in esito di numerosi interventi di ricostruzione della cuffia dei rotatori bilaterale (3 interventi a destra, 1 intervento a sinistra, vedi anche sopra)” lo ha ritenuto “inabile al lavoro in misura del 100% a lungo termine, probabilmente in modo definitivo.” A proposito del ginocchio destro il dr. med. \_\_\_\_\_ ha evidenziato “[...] lieve versamento, Lachmann e Cassetto negativo, segni meniscali dubbi, limitazione della flessione massimale dolente agli estremi, dolore alla digitopressione alla rima articolare mediale; cammina con leggera zoppia a destra ” (doc. E). Confrontata con questa nuova documentazione medica l’amministrazione si è rivolta al dr. med. \_\_\_\_\_, ottenendo i necessari complementi alle informazioni a disposizione in merito alle condizioni del ginocchio destro. È in particolare emerso che RI 1, dopo essersi recato in data 9 agosto 2022 presso il Pronto soccorso dell’\_\_\_\_\_ lamentando un dolore al ginocchio destro ed in seguito ad un esame RM effettuato in data 6 settembre 2022 che ha mostrato una lesione del menisco mediale, si è sottoposto in data 1° ottobre 2022 ad un intervento artroscopico di meniscectomia selettiva eseguito dal dr. med. \_\_\_\_\_. In data 31 dicembre 2022 l’assicurato è stato nuovamente valutato presso il pronto soccorso dell’\_\_\_\_\_ a causa di una gonalgia invalidante dove è stata riscontrata una tumefazione al ginocchio destro ed un ballottamento rotuleo con un segno di Steinman I positivo per menisco mediale ed è stata certificata un’incapacità lavorativa sino al 15 gennaio 2023 in misura del 100%. In data 12 gennaio 2023 è stato nuovamente valutato dal dr. med. \_\_\_\_\_ il quale, nel rapporto medico di medesima data, ha riscontrato un ginocchio destro asciutto, non dolente, non tumefatto ma con un importante ipotono muscolare, concludendo per un’inabilità lavorativa al 50% fino al 5 febbraio 2023 (docc. 709 e 710 incarto AI). Esprimendosi in merito alla nuova documentazione medica prodotta in sede di ricorso, il medico SMR ha rilevato quanto segue: “ Dalla lettura della nuova documentazione traspare un peggioramento transitorio della funzionalità del ginocchio destro rispetto al buon andamento oggettivato nei video della sorveglianza avvenuta tra il 6 maggio 2021 ed il 25 maggio 2021 ” (doc. 713 incarto AI). Confrontando il rapporto medico del 13 gennaio 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_ con quello del 27 gennaio 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, il medico SMR ha evidenziato che “ le rilevanti differenze nella semeiotica clinica che emergono dalla lettura dei due rapporti medici lasciano presumere una condizione algico disfunzionale del ginocchio destro del sig. RI 1 non altamente invalidante, in quanto altrimenti sarebbe sicuramente emerso un quadro clinico preoccupante in entrambi gli esami obiettivi in una finestra temporale di solo 14 giorni, considerata la vasta e trentennale esperienza di cui gode il dr. med. \_\_\_\_\_ nella cura chirurgica delle patologie del ginocchio ”. Lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_ ha per finire concluso con la seguente valutazione: “ Per questi motivi si ritiene con un grado di probabilità preponderante che il sig. RI 1 attualmente sia abile in misura completa un’attività lavorativa sedentaria non onerosa dal punto di vista fisico; nello specifico risulta esigibile in misura completa un lavoro di ufficio leggero, facendo attenzione a sollevare carichi limitati con dei cambi di postura frequenti e gestione del tempo del lavoro intervallati da piccole pause, dove eviti di lavorare accovacciato, eviti di

salire e scendere le scale frequentemente, eviti di utilizzare le spalle in maniera continuativa, eviti di eseguire gesti che prevedono movimenti degli arti superiori al di sopra del livello dell'orizzontale; a questo potrebbe aggiungersi una posizione di lavoro comoda ed ergonomica che consenta pochi carichi assiali e rotazionali senza caricare pesi superiori ai 5 kg frequentemente. Per quanto attiene invece l'attività di riferimento di gestore di bar, persiste una inabilità del 50% con il presumibile ripristino di capacità lavorativa completa una volta recuperata l'ipotonia muscolare riscontrata dal Dr. \_\_\_\_\_ nel suo ultimo rapporto medico del 13.01.2023, non essendo state riscontrate al ginocchio destro problematiche valevoli di ulteriori approfondimenti radiologici e neppure trattamenti di secondo livello ." (doc. 713 incarto AI). Con osservazioni 22 maggio 2023 il ricorrente ha nuovamente invocato un peggioramento del suo stato di salute, prevalendosi in particolare del rapporto medico 4 aprile 2023 del suo medico curante dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e geriatria. Quest'ultima ha indicato quale data dell'ultima consultazione il 16 marzo 2023, ponendo la seguente diagnosi con ripercussione sull'attività lavorativa: miastenia, sindrome ansioso-depressiva, gonalgia cronica in esito a plurimi interventi chirurgici e omalgia cronica bilaterale con perdita funzionale destra maggiore della sinistra, arrivando così a ritenere il paziente inabile al 100% in maniera definitiva. Con ulteriore annotazione per/da SMR di data 30 maggio 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha confermato la sua precedente valutazione, indicando in particolare che "[...] il rapporto medico del dr. med \_\_\_\_\_ del 13.01.2023 non attesta minimamente la presunta completa e duratura risoluzione delle problematiche al ginocchio destro, ma offre informazioni su una clinica semeiotica non aderente ad uno stato algico disfunzionale del ginocchio destro tale da determinare una incapacità lavorativa futura in un'attività non onerosa dal punto di vista fisico [...]. Infine in nessuna forma ed in nessun luogo viene mai chiarito perché nonostante il dr. med. \_\_\_\_\_, all'interno del suo rapporto medico del 27.01.2023, dopo due settimane dalla visita del dr. med. \_\_\_\_\_, riscontrasse un quadro clinico globale dello stato di salute del sig. RI 1 di forma severa e nonostante fossero state formulate delle diagnosi di gonalgia destra cronica in esito di plurimi interventi chirurgici ed un omalgia cronica bilaterale con perdita di funzione più marcata a destra, all'interno della lista dei farmaci assunti su base programmatica dal sig. RI 1 (e menzionati dal dr. \_\_\_\_\_ all'interno del suo rapporto medico del 27.01.2023), non venga menzionata l'assunzione di alcuna varietà farmacologica antinfiammatoria, analgesica del primo scalino o del secondo scalino (neppure lasciata in riserva!) senza neppure che venga raccomandata la prescrizione/assunzione almeno da parte del dr. med. \_\_\_\_\_ ". 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le

censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2., in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)

cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a) cc ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.7. Va inoltre ricordato che, secondo costante giurisprudenza, le risultanze di un'accurata sorveglianza unitamente ad una valutazione medica degli atti possono di principio costituire una base sufficiente per decidere in merito allo stato di salute e alla capacità lavorativa della persona assicurata (DTF 137 I 327 consid. 7.1 [= STF 8C\_272/2011 dell'11 novembre 2011] confermata anche nella STF 9C\_491/2012 del 22 maggio 2013: "(...) Ein Observationsbericht bildet für sich allein keine sichere Basis für Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Er kann diesbezüglich höchstens Anhaltspunkte liefern oder Anlass zu Vermutungen geben. Sichere Kenntnis des Sachverhalts kann in dieser Hinsicht erst die ärztliche Beurteilung des Observationsmaterials liefern (vgl. Urteile 9C\_343/2012 vom 11. Oktober 2012 E. 4.1; 8C\_272/2011 vom 11. November 2011 E. 7.1 mit Hinweisen). (...)". (STF succitata, consid. 4.1.1). 2.8. Questo Tribunale, chiamato a verificare se l'amministrazione abbia vagliato in modo completo e accurato lo stato di salute del ricorrente, non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti, ritenere completamente probante il rapporto finale 12 gennaio 2023 del medico SMR dr. med. \_\_\_\_\_ posto a fondamento della decisione impugnata e i suoi ulteriori complementi del 21 marzo e 30 maggio 2023. Ora, è vero che il medico del SMR, come evidenziato dal ricorrente, non ha effettuato una visita clinica dell'assicurato. Questo Tribunale sottolinea che egli ha nondimeno fondato la propria valutazione del 12 gennaio 2023 non solo sul materiale e sul rapporto di osservazione, ma anche sull'insieme della documentazione medica del signor RI 1 presente agli atti. Il TCA rileva inoltre che la sua conclusione di un miglioramento dello stato di salute dell'assicurato a far tempo dal 6 maggio 2021, debitamente motivata, coincide poi con quella formulata dal dr. med. \_\_\_\_\_ in ambito LAINF il 10 dicembre 2021. Questo Tribunale ritiene tuttavia di non potersi pronunciare sulla soppressione della rendita prima che vengano esperiti i necessari approfondimenti medici relativi al successivo peggioramento delle condizioni valetudinarie di RI 1 emerso in particolare dalla refertazione medica prodotta in sede di ricorso. Va anzitutto rilevato per quanto riguarda la patologia del ginocchio destro che, come visto, l'assicurato, dopo essersi recato presso il pronto soccorso dell'\_\_\_\_\_ in data 9 agosto 2022, è stato poi sottoposto ad un intervento artroscopico di meniscectomia selettiva in data 1° ottobre 2022. Egli è poi stato valutato nuovamente in data 31 dicembre 2022 e finalmente in data 12 gennaio 2023 dal dr. med. \_\_\_\_\_. A questo proposito, il dr. med. \_\_\_\_\_ del SMR ha evidenziato una difformità fra il quadro clinico emerso dal rapporto medico del dr. med. \_\_\_\_\_ del 13 gennaio 2023 e quello esposto appena due settimane più tardi, in data 27 gennaio 2023 dal dr. med. \_\_\_\_\_. Se il primo ha riscontrato un ginocchio asciutto, non dolente, non tumefatto con evidente ipotonia muscolare ed ha certificato una sua piena inabilità al lavoro sino al 5 febbraio 2023, il secondo ha diagnosticato una gonalgia destra cronica in esito di plurimi interventi chirurgici (di cui l'ultimo nel mese di ottobre 2022) arrivando a ritenere, in ragione delle numerose patologie presenti, un'inabilità lavorativa al 100% probabilmente definitiva. Ad una valutazione pressoché identica a quella del dr. med. \_\_\_\_\_ - pure in punto all'inabilità lavorativa - è giunto il medico curante dr. med. \_\_\_\_\_ con il sopra citato rapporto 4 aprile 2023. Se è vero che la gonalgia bilaterale è nota da tempo, il

fatto che due rapporti medici resi a distanza di due settimane l'uno dall'altro giungano a conclusione tanto divergenti, non permette di giungere ad un chiaro ed affidabile giudizio in merito alle conseguenze dell'intervento chirurgico eseguito il 1 ottobre 2022 sulle condizioni del ginocchio destro. A fronte di ciò non si possono ritenere pienamente probanti le conclusioni cui giunge il dr. med. \_\_\_\_\_ il quale, fondandosi unicamente su tale parziale e contraddittoria refertazione medica, dopo aver descritto i limiti funzionali in seguito all'esacerbazione della patologia del ginocchio destro, pone un giudizio di completa abilità in un'attività lavorativa adeguata ed in misura del 50% nell'attività di riferimento, con il presumibile ripristino della capacità lavorativa completa una volta recuperata l'ipotonìa muscolare riscontrata dal dr. med. \_\_\_\_\_ (non vi è tutta via agli atti alcuna indicazione che permetta di stabilire un tale recupero). In particolare, egli arriva a definire l'abilità lavorativa presumendo, dalla lettura dei rapporti medici del dr. med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_, una condizione del ginocchio destro "non altamente invalidante, in quanto altrimenti sarebbe sicuramente emerso un quadro clinico preoccupante in entrambi gli esami obiettivi in una finestra temporale di solo 14 giorni" ed evidenziando inoltre come non sia stato chiarito per quale motivo, nonostante la diagnosi di gonalgia destra cronica posta dal dr. med. \_\_\_\_\_, questi non abbia prescritto una terapia farmacologica conseguente, mettendo in dubbio la fondatezza delle risultanze del suo rapporto medico. Le conclusioni del medico SMR, fondate su tali premesse, non risultano essere sufficientemente suffragate da riscontri clinici e diagnostici. In ogni caso, nemmeno può essere attribuito pieno valore probante ai rapporti medici del dr. med. Heitmann del 27 gennaio 2023 e della dr. med. \_\_\_\_\_ del 4 aprile 2023. Da parte sua, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha proceduto ad una visita clinica ed ha effettuato l'anamnesi del paziente, nella quale tuttavia non figura nulla riguardo al miglioramento dello stato di salute riscontrato dal dr. med. \_\_\_\_\_ e dal dr. med. \_\_\_\_\_, con le cui pertinenti argomentazioni riguardanti il suo stato di salute egli pertanto non si confronta. Inoltre nel suo rapporto il dr. med. \_\_\_\_\_ non distingue fra incapacità lavorativa in attività lavorativa abituale e in quella adeguata, non descrive i limiti funzionali del paziente, né indica da quando avrebbe inizio l'invalidità lavorativa. Analogo discorso vale per il rapporto medico 4 aprile 2023 della dr. med. \_\_\_\_\_, la quale risulta aver avuto l'ultimo consulto con il cliente in data 16 marzo 2023. Nemmeno la sua valutazione contiene una chiara distinzione fra incapacità lavorativa in attività lavorativa abituale e in quella adeguata, né descrive precisamente i limiti funzionali del paziente. Stante quanto sopra esposto, questa Corte ritiene di non potere, con la necessaria tranquillità, fondare il proprio giudizio sull'apprezzamento espresso dal medico SMR dr. med. \_\_\_\_\_ in data 12 gennaio 2023 e nei suoi complementi del 21 marzo e del 30 maggio 2023, ma ritiene indispensabile un approfondimento degli aspetti relativi alla patologia del ginocchio destro e della sua esacerbazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, ben potendo infatti un peggioramento delle condizioni di salute dell'interessato essere subentrato nel periodo precedente l'emanazione della decisione impugnata, la quale delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), ritenuto che per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata (in casu il 24 gennaio 2023), quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possano imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366

consid. 1b). In concreto, il referto del dr. med. \_\_\_\_\_ del 27 gennaio 2023 e quello della dr. med. \_\_\_\_\_ del 4 aprile 2023 sono successivi, il primo di pochi giorni, il secondo di pochi mesi, alla decisione impugnata. Secondo questa Corte essi vanno tuttavia presi in considerazione, in quanto, visto il tempo breve intercorso fra decisione impugnata e i referti in questione, oltre a quanto esposto nei paragrafi precedenti, non si può escludere, ma appare anzi probabile, che si riferiscano ad un quadro clinico antecedente al provvedimento contestato. Essi sono dunque suscettibili di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione precedente la decisione del 24 gennaio 2023 (cfr. STFA U 299/02 del 2 settembre 2003). 2.9. In STF 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (DTF 137 V 210) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011), o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der not-wendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, ei-ne Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist"; cfr. STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). In concreto, considerato come gli accertamenti eseguiti dall'amministrazione risultino incompleti, si impone pertanto un rinvio degli atti all'amministrazione affinché predisponga gli accertamenti peritali del caso, idonei a valutare la ripercussione dell'insieme delle patologie dell'assicurato sulla sua capacità lavorativa. In esito alla nuova istruttoria dovrà essere emessa, nel rispetto dei dettami dell'art. 57a LAI, una nuova decisione soggetta a ricorso ai sensi degli artt. 56ss LPGA. Va qui infatti rilevato che, come accertato anche dal SMR, l'assicurato soffre, fra le altre patologie, anche di una miastenia gravis, per la quale è in cura presso il dr. med. \_\_\_\_\_. Benché quest'ultimo abbia rilevato come la stessa sia a prevalenza oculare e non rappresenti da sola una causa di invalidità, nella valutazione medica del 27 gennaio 2023 del dr. \_\_\_\_\_, e in quella del 4 aprile 2023 della dr. med. \_\_\_\_\_, tenendo in considerazione le diverse patologie di cui soffre l'assicurato - fra le quali entrambi elencano miastenia generalizzata oltre ad un'omalgia destra cronica bilaterale con perdita di funzione parziale più marcata a destra - è stata ritenuta un'inabilità lavorativa del 100%. Spetterà quindi all'Ufficio AI, nell'ambito dei nuovi accertamenti peritali indispensabili per chiarire l'effettiva capacità lavorativa dell'assicurato, prendere in considerazione anche di questi aspetti, verificandone l'eventuale ripercussione sulla valutazione dell'incapacità lavorativa e la sua evoluzione nel tempo, tenuto conto dell'insieme delle patologie. Ciò posto, non si può tuttavia escludere, come asserito dall'amministrazione, che l'aggravamento dello stato di salute del signor RI 1 abbia causato un'incapacità al guadagno della durata di tre mesi senza interruzione notevole ai sensi dell'art. 88a cpv. 2 OAI. 2.10. L'assicurato ritiene che l'Ufficio AI non potrebbe sopprimere la rendita senza prima assicurarsi che il suo eventuale potenziale di capacità lavorativa possa essere effettivamente realizzato tramite l'introduzione di misure medico-riabilitative e/o a provvedimenti di integrazione professionale. Come esposto nella STCA 32.2021.104 del 14 febbraio 2002 consid. 2.11, conformemente alla giurisprudenza, prima di procedere alla diminuzione o

soppressione di una rendita di invalidità a seguito di revisione occorre accertare se esiste un bisogno di reintegrazione, valutando se l'assicurato sia concretamente in misura di mettere a profitto la sua capacità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato (cfr. gli art. 7 e 16 LPG; cfr. STF 9C\_163/2009 del 10 settembre 2010). Nel caso di una revisione (e in analogia di una riconsiderazione; cfr. STF 9C\_152/2013 del 3 settembre 2013 consid. 3.2.3) di una rendita di invalidità versata da numerosi anni, il Tribunale federale ha sottolineato che di regola la (completa o parziale) capacità lavorativa attestata a livello medico – e che è alla base della riduzione del grado di invalidità e, quindi, della riduzione o soppressione della rendita – può venir (nuovamente) concretamente sfruttata dall'assicurato mediante un'adeguata autointegrazione sul mercato del lavoro equilibrato traducendosi così in un grado di invalidità inferiore (cfr. art. 7 cpv. 1 in relazione con l'art. 16 LPG; STF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014, 8C\_18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10). Questo è segnatamente il caso laddove l'assicurato ha sempre conservato una parziale capacità lavorativa residua cosicché l'aumento della capacità lavorativa non necessita un accresciuto bisogno di integrazione, specie se la ritrovata idoneità professionale può essere utilizzata in un'attività lavorativa già svolta o che può svolgere immediatamente. In casi eccezionali invece l'amministrazione in sede di revisione della rendita deve esaminare la questione integrativa e, quindi, accertarsi se la ritrovata capacità lavorativa attestata medicalmente si traduce effettivamente in un grado di invalidità inferiore oppure se, eccezionalmente, occorra procedere ad un esame personale dell'effettiva idoneità lavorativa (con riferimento all'idoneità, alla capacità di carico, ecc.) e/o all'esecuzione di provvedimenti integrativi. In tali casi la rendita di invalidità deve continuare ad essere versata fintanto che il potenziale di capacità lavorativa riesce ad essere effettivamente realizzato grazie all'introduzione di misure medico-riabilitative e/o provvedimenti di integrazione professionale (STF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014, 8C\_18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10, 9C\_848/2012 del 14 febbraio 2013, 9C\_831/2010, 9C\_768/2009 del 10 settembre 2010; SVR 2010 IV nr. 9 p. 27, 9C\_141/2009; vedi anche la STF 9C-998/2010 del 8 marzo 2011, 9C\_163/2009 del 10 settembre 2010). In una successiva sentenza la Corte Federale ha ulteriormente precisato la sua giurisprudenza nel senso che un caso eccezionale in questo senso, necessitante cioè del preventivo esame circa la necessità dell'introduzione di provvedimenti integrativi malgrado la capacità lavorativa attestata medicalmente, va ammesso quando la revisione concerne un assicurato maggiore di 55 anni o titolare di una rendita di invalidità da oltre 15 anni (STF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014, 9C\_128/2013 del 4 novembre 2013, 9C\_152/2013 del 3 settembre 2013, 9C\_11/2012 del 28 febbraio 2012 consid. 2.2.2; 9C\_367/2011 del 10 agosto 2011; 9C\_228/2010 del 26 aprile 2011, pubblicata in SVR 2011 IVG nr. 73, e riferimenti). Nella STF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014 il TF ha confermato questa giurisprudenza sottolineando che tali casi eccezionali possono essere riconosciuti segnatamente laddove l'assicurato è stato lontano dal lavoro per numerosi anni, dispone di un carente profilo conoscitivo e/o intellettuale o difetta di esperienza professionale (cfr. anche STF 9C\_152/2013 del 3 settembre 2013 e riferimenti). In DTF 141 V 5 il Tribunale federale ha affermato che per stabilire la soglia dell'integrazione autonoma esigibile di una persona assicurata dopo aver raggiunto 15 anni di erogazione della rendita o il 55° anno di età, è determinante il momento della decisione di soppressione della rendita o quando diviene effettiva la revoca della rendita (consid. 4). Ai sensi della citata giurisprudenza, nel caso in esame l'insorgente, il quale sia al momento dell'emissione della decisione contestata (24 gennaio 2023) sia al momento in cui la soppressione è divenuta effettiva (1° giugno 2021) aveva già compiuto i 55 anni e

beneficiava da oltre 15 anni di una rendita, appartiene di conseguenza alla categoria di persone per le quali occorre presumere che, a causa della loro età, non possono di principio intraprendere di loro iniziativa tutto quello che può ragionevolmente essere preteso da loro per sfruttare la loro capacità lavorativa medico-teorica (cfr. da ultimo 9C\_211/2021 del 5 novembre 2021, consid., 3.2; STF 9C\_663/2020 dell'11 agosto 2021, consid. 4.2). In concreto l'amministrazione ha rilevato come, nonostante l'età avanzata e malgrado fosse al beneficio da oltre 15 anni di una rendita, l'insorgente risultasse lavorare presso il \_\_\_\_\_ ed ha pertanto ritenuto che egli fosse in grado di concretizzare la propria capacità lavorativa senza l'ausilio di provvedimenti d'integrazione professionale. Ora, appurata la necessità di procedere ad accertamenti d'ordine medico volti a definire la capacità lavorativa sia nell'attività abituale che in altre attività in seguito al possibile peggioramento delle condizioni di salute, spetterà all'amministrazione stabilire sulla scorta dell'esito di tali esami, l'esigibilità lavorativa dell'assicurato, tenuto conto in particolare necessità o meno di introdurre provvedimenti integrativi ai sensi della citata giurisprudenza.

2.11. Quanto alla valutazione economica, la stessa appare prematura visto che l'evoluzione della capacità lavorativa nell'attività svolta e in un'attività adeguata deve ancora essere compiutamente acclarata.

2.12. Stante la necessità di rinviare gli atti all'amministrazione per ulteriori accertamenti e la resa di un nuovo provvedimento in merito alla revisione del diritto alla rendita (cfr. consid. 2.9), la decisione 27 gennaio 2023 di restituzione delle rendite d'invalidità - versate secondo l'amministrazione indebitamente dal 1° giugno 2022 al 31 gennaio 2023 (cfr. consid. 1.5) - strettamente dipendente dalla conferma o meno della soppressione della rendita (circostanza che, come visto sopra, dovrà essere oggetto di opportuno approfondimento) appare prematura e va pertanto anch'essa annullata.

2.13. G iusta l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008); In concreto, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: STF 8C\_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), le spese di fr. 500 vanno poste a carico dell'Ufficio AI. Rappresentato da un avvocato e vittorioso in causa, il ricorrente ha diritto ad un'indennità per ripetibili (art. 61 lett. G LPGA e art. 30 cpv. 1 Lptca) che appare giustificato fissare in fr. 2'000.

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