

TI_GERICHTE 32.2015.115 vom 10. Juni 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-06-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.115

FR: TI_GERICHTE 32.2015.115 du 10 juin 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.115 del 10 giugno 2015

Regeste

Prima richiesta AI. Applicazione metodo misto confermata. Valutazioni reumatologo e medico SMR in relazione a capacità lavorativa confermate. In relazione all'attività di casalingo, atti rinviati a UAI per esperire un'inchiesta economica domiciliare, a cui aveva rinunciato

Erwägungen

E. 8

CEDU, che non va esaminata separatamente la violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 6 CEDU e che non va esaminata separatamente neppure la violazione dell'art. 8 CEDU preso da solo. La Corte europea - ricordato che non incombe a lei di annullare e/o abrogare delle disposizioni di diritto interno riconosciute contrarie alla CEDU e che le sue sentenze hanno essenzialmente un carattere declaratorio - ha precisato che la Svizzera può scegliere liberamente, nella misura in cui queste soluzioni siano compatibili con le conclusioni di questo giudizio, in quale maniera conformarsi all'art. 46 CEDU evidenziando che, avuto riguardo all'insieme delle circostanze e al principio della sicurezza del diritto, la violazione della CEDU ravvisata nel caso esaminato non esige che si rimettano in discussione gli atti o le situazioni giuridiche analoghe stabilite precedentemente a questa sentenza (cfr. paragrafo 122 pag. 35: "(...) La Cour estime utile de rappeler par ailleurs qu'il ne lui appartient pas d'annuler ou d'abroger elle-même les dispositions litigieuses du droit interne à la suite d'un constat de violation de la Convention. Les arrêts de la Cour ayant un caractère pour l'essentiel déclaratoire, la Suisse peut librement choisir les moyens de s'acquitter de son devoir juridique au regard de l'article 46 § 1 de la Convention, pour autant que ces moyens soient compatibles avec les conclusions du présent arrêt, comme indiqué ci-dessus (paragraphe 120 ci-dessus). Eu égard à l'ensemble des circonstances et au principe de la sécurité juridique, inhérent à la Convention, la Cour estime que le constat de violation opéré dans le cas d'espèce n'exige pas de remettre en cause les actes ou situations juridiques semblables antérieurs au prononcé du présent arrêt (Marckx, précité, § 58)." Sul tema vedi pure le STCA 32.2015.66 del 17 marzo 2016, 32.2015.79 del 4 aprile 2016 e 32.2015.89 del 6 giugno 2016. 2.4. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute

invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer-Blaser, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 61-62 e Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer, op. cit., pag. 288; Blanc, op. cit., pag. 190-191).

2.4.1. Nel caso di specie, l'amministrazione ha considerato l'assicurato salariato al 50% e casalingo al 50%. Tale ripartizione è stata contestata dal ricorrente sia in sede della procedura sia dinanzi a questa Corte. Egli ritiene di dover essere ritenuto salariato al 100%, avendo sempre lavorato a tempo pieno per lo meno sino al 2004, allorquando sostiene di aver dovuto ridurre la propria attività lucrativa al 50% a causa dell'aneurisma occorsogli nel mese di maggio e dei relativi postumi. A suffragio di tale asserzione produce la dichiarazione del 15 settembre 2015 di _____, proprietario del ristorante _____ di _____, giusta la quale: " Con la presente dichiariamo che il Signor RI 1, nato il 9 marzo 1962, ha lavorato presso il Ristorante _____ in qualità di cameriere nella stagione 2004. Si trattava di un programma preparativo prima di essere introdotto nel team del _____ a _____, come supporto a mio figlio _____ che ha in seguito preso in gestione il locale nel 2005 (_____). Purtroppo l'11 maggio 2004 il Sig. RI 1 ha avuto un malore ed è stato ricoverato d'urgenza per un aneurisma. Dopo il periodo di malattia egli non è stato più in grado di lavorare al 100% anche se si sperava in una sua ripresa totale. Ha cominciato al _____ con una collaborazione al 50% poiché era quello che al momento poteva sopportare come carico di lavoro ma, con il passare degli anni, sono subentrati altri problemi fisici che ci hanno portato, di comune accordo, alla decisione di sciogliere il contratto." (doc. B3) Il TCA osserva che dalle tavole processuali emerge chiaramente che l'insorgente - dopo aver lavorato dal 1986 al 2000 presso il _____ a _____ per i primi dieci anni come cameriere e poi, alla morte del padre che lo gestiva come titolare, come gerente dal 1996 al 2000, allorquando l'esercizio pubblico è stato chiuso - ha svolto l'attività lucrativa di cameriere a tempo parziale per la _____ di _____ dal dicembre 2000 al luglio 2001 (ovvero per 8 mesi), per la _____ di _____ dal novembre 2001 al febbraio 2002 (ovvero per 4 mesi) e per il _____ di _____ durante la stagione aprile-settembre 2003. Durante i mesi di novembre e dicembre 2003 ha poi lavorato, sempre a tempo parziale, per _____ (cfr. estratto del conto individuale di cui al doc. VIII-1 e verbale "1° colloquio IT-accertamento" del 23 gennaio 2014 del CIP, sottoscritto dall'assicurato, di cui al doc. AI 18-1/5). Dal dossier si evince quindi

inequivocabilmente che per lo meno sin dal mese di luglio 2001 il ricorrente (tenuto conto dell'ipotesi a lui più favorevole, ovvero che durante il periodo marzo 2002-marzo 2003, ove non ha svolto alcuna attività lucrativa in base all'estratto conto individuale, fosse iscritto all'assicurazione delle disoccupazione alla ricerca di un'occupazione) lavorava quale cameriere a tempo parziale e solo sull'arco di una parte dell'anno (rispettivamente come stagionale a partire dal 2003), a fronte altresì delle remunerazioni indicate nell'estratto conto individuale (mediamente: fr. 2'642.86 mensili per il periodo gennaio-luglio 2001; fr. 2'510.- mensili per il periodo novembre 2001 e febbraio 2002; fr. 1'580.83 mensili per il periodo aprile-settembre 2003 e fr. 1'500.- mensili per il periodo novembre e dicembre 2003). Questo trend professionale, iniziato lo si ribadisce nel 2001, è continuato anche negli anni a seguire. In effetti, nel 2004 ha nuovamente cominciato la stagione (aprile-settembre) come cameriere a tempo parziale presso il _____ di _____ (cfr. estratto del conto individuale di cui al doc. VIII-1 e verbale "1° colloquio IT-accertamento" del 23 gennaio 2014 del CIP, sottoscritto dall'assicurato, di cui al doc. AI 18-1/5). A stagione da poco iniziata, segnatamente l'11 maggio 2004, ha subito un aneurisma che gli ha provocato un'incapacità lavorativa temporanea, visto che poi, a partire dal gennaio 2005 ha ricominciato a lavorare, sempre a tempo parziale, sino al mese di dicembre dello stesso anno, percependo mediamente mensilmente fr. 2'012.50 (cfr. estratto del conto individuale di cui al doc. VIII-1). Ha poi lavorato come cameriere nella misura del 50 % presso il _____ di _____, dapprima sull'arco di tutto l'anno (gennaio-dicembre 2006) e poi durante solamente una parte dell'anno (segnatamente: aprile-ottobre 2007; gennaio-novembre 2008; aprile-novembre 2009 e 2010; maggio-novembre 2011 e gennaio-ottobre 2012 (cfr. estratto del conto individuale di cui al doc. VIII-1). Nei mesi di chiusura non si è mai iscritto alla disoccupazione, riuscendo a sopravvivere grazie all'ospitalità della sua compagna (cfr. verbale "1° colloquio IT-accertamento" del 23 gennaio 2014 del CIP, sottoscritto dall'assicurato, di cui al doc. AI 18-1/5). Nel 2013 è sopraggiunto il danno di salute che ne ha provocato un'incapacità lavorativa duratura, come si vedrà meglio appreso al considerando 2.6. In siffatte circostanze, la suddivisione operata dall'UAI (salariato al 50% e casalingo al 50%) deve dunque essere confermata dal TCA, non consentendo di tutta evidenza di pervenire a una conclusione differente la citata dichiarazione del 15 settembre 2015 di _____. Stante quanto precede si può anche ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che l'insorgente avrebbe continuato a lavorare part time anche negli anni successivi al 2013. Concludendo, è dunque, a giusta ragione, che l'UAI ha riconosciuto ha RI 1 lo statuto di salariato solo in misura parziale (50%), e non in quella totale (100%) da lui più volte rivendicata. Di conseguenza, risulta parimenti corretta l'applicazione al caso di specie del metodo misto più volte contestata dal ricorrente. Per quest'aspetti il TCA non concorda dunque con le censure ricorsuali mosse all'operato dell'amministrazione che vanno dunque respinte. 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 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.). 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 (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). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 1994, pag. 332). 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). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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 (*Pratique VSI 2001* pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). A proposito dei rapporti del medico curante, l'Alta Corte ha stabilito che secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del legame di fiducia esistente

con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc). La giurisprudenza federale sottolinea così costantemente la necessità di tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.; 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti; 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2.). 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).

2.6. Tornando al caso di specie, l'UAI, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurato, tenuto conto della documentazione medica prodotta dal richiedente come pure delle informazioni fornite dallo stesso (doc. AI 1-1/7; 4-1/2; 5-1; 17-4 e 32-1), ha acquisito agli atti il rapporto del 26 febbraio 2014 del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e medico curante dell'assicurato, il quale - poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di Sindrome lombo spondilogeno S1 (vedi lettera 27 novembre 2013 del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e malattie reumatiche; cfr. doc. AI 26-9), di sospetta cardiopatia ischemica con possibile sd. infarto nel luglio 2013 (vedi coronarografia del 10 luglio 2013 e lettera 23 luglio 2013 del _____ di _____; cfr. doc. AI 26-21/22 e 26-32/33), e di bulbite e gastrite erosiva - ectopia gastrica a livello esofageo (vedi lettera 23 luglio 2013 del dr. med. _____, capo servizio del servizio di gastroenterologia dell'_____ di _____; cfr. doc. AI 26-29), oltre alle diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di sd. emorragia subaracnoideale nel maggio 2004 operata (doc. AI 38-6/7), adenomiomatosi della cistifellea nota dal 2012 e steatosi epatica, ipercolesterolemia, iperCKemia di origine incerta (vedi lettera 27 luglio 2013 del dr. med. _____, vice primario dell'ambulatorio di neurologia e neurofisiologia clinica dell'_____ di _____; cfr. doc. AI 26-25/28) - ha considerato che il ricorrente è da ritenere inabile al lavoro al 100% nell'attività di esercente dal 30 aprile 2013 e a tempo indeterminato mentre è abile al 50% (4 ore al giorno) in attività adatte - rispettose delle capacità funzionali e di carico residua descritte nell'allegato "esame della funzionalità fisica" valide dal 30 aprile 2013 - a decorrere dal 26 febbraio 2014 (doc. AI 26 1/5). L'UAI ha acquisito agli atti anche il rapporto del 6 agosto 2014 del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e malattie reumatiche nonché medico curante dell'assicurato dal 30 aprile al 13 dicembre 2013, il quale - poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di Sindrome lombo spondilogeno S1 su/con importanti alterazioni degenerative con osteocondrosi, ernia discale paramediana destra migrata in maniera caudale in L5-S1, stato dopo blocco sacrale il 7 maggio 2013 con buona evoluzione per 2-3 settimane, persistenza della sintomatologia nonostante una fisioterapia intensiva a secco e in acqua), di stato dopo dolore precordiale di origine incerta il luglio 2013 con lieve aumento toponinico ed alla coronarografia una stenosi del 30% del riva medio e tendenza ad abuso etilico oltre alle diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di stato dopo rottura di aneurisma di arteria comunicante anteriore nel 2004 e stato di meniscectomia - ha osservato che aveva visitato l'assicurato " la prima volta ad inizio maggio 2013 a causa di forti dolori alla zona lombare irradianti alla gamba dx con netta diminuzione della mobilità dell'anca e Lasègue positivo a 60° a dx; avevo lasciato effettuare una Rx del bacino risultata nella norma ed una RM che mostrava un'ernia discale L5/S1. Si eseguiva poi un blocco sacrale con miglioramento per 2-3 settimane ed in

seguito fisioterapia senza chiaro miglioramento; il tutto veniva rallentato da un problema a livello cardiaco avvenuto nel mese di maggio 2013 e da lì via peggioramento dei dolori per cui inviavo il paziente al servizio di Neurochirurgia ", concludendo con " Personalmente non vedo più il paziente dal dicembre 2013, è stato anche valutato nel frattempo dal Servizio di Neurochirurgia. In caso di richiesta di inabilità lavorativa penso che l'unica soluzione sarà procedere ad una perizia reumatologica " (n.d.r.: la sottolineatura è della redattrice; doc. AI 33-1/5). Al rapporto lo specialista in questione ha allegato la propria richiesta di consulto neurologico del 27 novembre 2013 al fine di valutare se l'assicurato potesse " approfittare di un intervento neurochirurgico, sia esso di discectomia o eventuale stabilizzazione " (doc. AI 33-8/9) ed il rapporto del 10 febbraio 2014 del Servizio di neurochirurgia dell'_____ di _____ che, in merito alla consultazione neurochirurgica del 29 gennaio 2014, riferiva quanto segue: "(...) Diagnosi. Dolori lombari con irradiazione altalenante agli arti inferiori. Per quanto concerne i dati anamnestici principali, rammentiamo, che il Paziente è noto al nostro Servizio per un intervento di clipping di aneurisma dell'A, comunicante anteriore in contesto di emorragia subaracnoidea, risalente a maggio 2004 (seguiva un decorso ottimale). In maggio 2013 il Paziente sviluppava un dolore all'arto inferiore dx., non responsivo alla terapia antalgica standard. Una RM aveva documentato un'ernia discale paramediana dx. e migrata caudalmente in L5/S1. I dolori acuti via via miglioravano ma era spesso presente una sintomatologia algica altalenante agli arti inferiori, senza una precisa distribuzione dermatomica; i sintomi miglioravano transitoriamente dopo blocco sacrale il 7.5.2013. I dolori si acuiscono nuovamente in ottobre 2013. Allo stato attuale il Paziente assume, anche se in modo non costante una terapia anti-infiammatoria con notevole beneficio; i dolori sono ancora presenti, per quanto non intensi specialmente nel mantenimento delle posizioni statiche. Una nuova RM, non mostra compressioni sacco-radicolari; in L5/S1, così come era ravvisabile alla RM precedente, è presente un certo grado di discopatia degenerative con alterazioni tipo Modic delle limitanti somatiche; non è più presente l'ernia discale ed ravvisabile unicamente una modica salienza discale mediana. Pensiamo che i sintomi, per quanto non intensi, siano da ricondurre ad un'iniziale lieve insufficienza/instabilità segmentaria L5/S1. All'esame obiettivo sono assenti deficit neurologici e non vengono riferite alterazioni delle funzioni sfinteriche. Non abbiamo previsto nessun trattamento specifico (...)" (n.d.r.: le sottolineature sono della redattrice; doc. AI 33-6/7). L'UAI ha acquisito agli atti pure il rapporto del 28 agosto 2014 della dr.ssa med. _____, capo servizio del servizio di gastroenterologia dell'_____ di _____, la quale - poste le diagnosi senza influo sulla capacità lavorativa di " diverticolosi, reflusso gastrico esofageo e gastrite " ha osservato che il ricorrente non presentava alcuna incapacità lavorativa legata a problemi gastroenterologici (doc. AI 34-1/5). L'UAI ha acquisito agli atti altresì il rapporto del 3 settembre 2014 del dr. med. _____, capo clinica di neurochirurgia dell'_____ di _____, il quale - poste le diagnosi con influo sulla capacità lavorativa di " Stato dopo intervento di clipping di aneurisma dell'arteria comunicante anteriore in contesto di emorragia (maggio 2004), stato dopo meniscectomia e stenosi coronarica ", dopo aver richiamato per l'anamnesi il rapporto del 10 febbraio 2014 del Servizio di neurochirurgia dell'_____ di _____ relativo di cui si è poc'anzi detto (doc. AI 37-7/8), ha rilevato un' " iniziale sindrome da insufficienza/instabilità segmentaria L5/S1 " con " possibile progressione dei dolori lombari e agli arti inferiori nell'arco di anni " e indicando quale impedimento allo svolgimento dell'attività sinora svolta un " aumento dei dolori lombari e agli arti inferiori nel mantenimento prolungato delle

posizioni statiche ". La data dell'ultimo controllo risaliva al 29 gennaio 2014 ovvero a quando è stata eseguita la consultazione neurochirurgica sfociata nel precitato rapporto del 10 febbraio 2014. Per le domande restanti contenute nel questionario (entità del trattamento attuale, prescrizione medica attuale, incapacità lavorativa, ecc.) ha quindi rinviato ai medici curanti, ovvero al dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e malattie reumatiche, e al dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna (doc. AI 37-1/5). L'UAI ha quindi sottoposto il dossier al medico dell'SMR (dr. med. _____), il quale, nel proprio rapporto del 31 ottobre 2014, ha posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " Sindrome lombo spondilogeno S1 su/con importanti alterazioni degenerative con osteocondrosi, ernia discale paramediana destra migrata in maniera caudale in L5-S1, pregresso blocco sacrale il 7 maggio 2013 con beneficio per 2-3 settimane " e di " Sindrome coronarica acuta (DD: IMA N-stemi asintomatico, perimiocardite) il 10.07.2013 con lieve rialzo della troponina ed alla coronografia (stenosi del 30% sul RIVA medio) coronarie esenti da lesioni significative " e le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di " bulbite e gastrite cronica, aneurisma AC anteriore operato (2004), ipercolesterolemia, adeniomatosi delle colecisti, meniscectomia e abuso etilico ". Il medico dell'SMR, a fronte di un'incapacità lavorativa del 100%, a far tempo dal 30 aprile 2013 e continua, determinata da una problematica algica/funzionale alla colonna, ha richiesto una perizia reumatologica, volta a determinare la prognosi a medio/lungo termine ed il grado di possibile recupero della capacità lavorativa in ambito abituale e/o adeguato (doc. AI 42-1/2). Il 2 dicembre 2014 l'UAI, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dal profilo reumatologico dell'assicurato, ha quindi dato mandato al dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e medicina interna, di esperire un accertamento medico reumatologico (doc. AI 43-1/2). Dopo aver visitato il ricorrente il 10 marzo 2015, il dr. med. _____, nel rapporto peritale del 14 aprile 2015, ha esposto l'anamnesi (remota, sistemica, socio-professionale, osteo-articolare e disturbi attuali), lo status (generale; sistema neurologico; sistema osteo-articolare), la documentazione (radiologica e medica) per poi porre la seguente diagnosi e valutazione: " (...) A.4. Diagnosi. A.4.1 Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro. Sind. Lombovertebrale e lombospondilogeno cronica senza neurologia su/con: - osteocondrosi con iniziale insufficienza/instabilità segmentale L5/S1; - ernia discale lussata caudalmente L5/S1 (RMN 01/2013), poi regredita (RMN 12/2013). Lieve PSH tendinotica bilaterale. St. d. intervento ortopedico per meniscopatia ginocchio sx remoto con: - ipotrofia muscolare residui arto inferiore sx; - probabile iniziale artrosi femoro-tibiale laterale sx. A.4.2 Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro. St. d. clipping aneurisma a. comunicante anteriore con emorragia subaracnoideale 2004, senza residui. Gastriti recidivanti. Iperlipidemia. Pregressa iperCKemia rimasta di origine indeterminata. A.5 Valutazione e prognosi. L'assicurato ha dunque presentato una lombosciatalgia sx su una osteocondrosi ed ernia discale L5/S1 documentata alla prima RMN del gennaio 2013. L'evoluzione sotto trattamento conservativo è risultata relativamente favorevole. In effetti alla seconda RMN lombare del dicembre 2013 l'ernia discale non era più presente e la sintomatologia è poi risultata praticamente esclusivamente lombare, come risulta anche dalla valutazione presso il servizio di neurochirurgia OCL del febbraio 2014, in cui è riferito che " è presente un certo grado di discopatia degenerativa con alterazioni tipo Modic delle limitanti somatiche. Non è più presente l'ernia discale ed è ravvisabile unicamente una modica salienza discale mediana. Pensiamo che i sintomi, per quanto non intensi, siano da ricondurre ad un'iniziale lieve insufficienza/instabilità segmentaria L5/S1 ".

Soggettivamente l'assicurato riferisce che da allora la sua situazione è rimasta stabile, di non riuscire a tenere a lungo le posizioni statiche, di far fatica a piegarsi e alla messa in moto il mattino. In assenza di sforzi particolari e con la terapia analgesica in corso non lamenta particolari disturbi. Oggettivamente risulta uno sbilanciamento del bacino (-1.0 cm a sx) ed una sind. lombovertebrale senza segni radicolari irritativi o deficitari agli arti inferiori, con dolori di natura spondilogeno a livello delle perianche. Si rialza dalla flessione anteriore flettendo le ginocchia. La clinica e l'anamnesi sono da ritenere concordanti con la diagnostica per immagini nel senso di una discopatia con insufficienza del segmento lombosacrale, senza disturbi radicolari. La situazione può essere considerata stabilizzata, mentre una prognosi a medio-lungo termine risulta problematica. È tuttavia probabile la persistenza di una problematica di lombalgie, mentre è improbabile che intervengano disturbi di natura radicolare. Dal lato terapeutico una soluzione chirurgica è stata giudicata dalle competenti istanze come non appropriata. Inoltre, anche in caso di un intervento stabilizzante non permetterebbe di migliorare la capacità lavorativa. All'infuori della patologia lombare lamenta unicamente una lieve tendinosi delle spalle e delle gonalgie con ipotrofia muscolare residua dell'arto inferiore sx in st.d. intervento ortopedico remoto per una problematica meniscale. La funzionalità delle spalle e delle ginocchia è comunque normale e non limitante in attività leggere". (n.d.r.: le sottolineature sono della redattrice; doc. AI 45-1/12) Dopo aver precisato che la problematica principale di valenza invalidante è quella lombosacrale, non comportando le problematiche delle spalle e delle ginocchia, rilevanti limiti funzionali in aggiunta a quelli ritenuti per la colonna vertebrale, il perito ha stabilito dal profilo reumatologico la seguente esigibilità al lavoro, rispettivamente i seguenti limiti funzionali (mai = 0% o 0 ore; di rado = 1-5% o 0.5 ore; talvolta = 6-33% o 0.5-3 ore; sovente = 34-66% o 3-5.25 ore; molto sovente = 5.25-8 ore): " Sollevare e portare pesi fino a 10 kg fino all'altezza del petto: talvolta. Sollevare e portare pesi fino a 10 kg fino sopra il piano delle spalle: di rado. Sollevare e portare pesi fino a 25 kg: di rado. Sollevare e portare pesi fino a 25 kg fino sopra il piano delle spalle: non esigibile. Sollevare e portare pesi >25 kg: non esigibile. Maneggio di attrezzi leggeri e di precisione: normale. Maneggio di attrezzi medi: talvolta. Maneggio di attrezzi pesanti: di rado. Lavori sopra l'altezza del capo: talvolta. Posizione seduta e seduta chinata: sovente, con possibilità di cambiare spesso posizione (ogni 60 min.). Posizione eretta: sovente, con possibilità di cambiare spesso posizione (ogni 60 min.). Posizione eretta chinata: talvolta. Rotazioni del tronco: talvolta. Posizione accovacciata: talvolta. Flessione delle ginocchia: sovente. Camminare fino a 50 m: normale. Camminare oltre i 50 m: normale. Camminare su lunghi tragitti: spesso. Camminare su terreni dissestati: talvolta. Salire o scendere le scale: talvolta. Salire su scale a pioli: non esigibile. Equilibrio, bilanciamento: limitato." (doc. AI 45-1/12) Il perito ha quindi puntualizzato che " le rimanenti problematiche (PSH, gonalgie) non comportano limiti funzionali aggiuntivi rispetto a quanto stabilito sopra ". Il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e medicina interna, ha concluso che l'inabilità lavorativa dell'assicurato in qualità di cameriere, attività che svolgeva a metà tempo ed in modo stagionale, risulta al 100% dal 30 aprile 2013, con scarse possibilità di un recupero della capacità lavorativa. Dal lato medico, inoltre, la sintomatologia dell'assicurato è difficilmente migliorabile in modo significativo o duraturo. In un'attività adatta (ovvero leggera, variata e rispettosa dei limiti funzionali stabiliti), ha concluso che vi sia in ogni caso, dal punto di vista reumatologico e medico-teorico, una capacità lavorativa residua del 50%, vale a dire per un lavoro a metà tempo a pieno rendimento, a partire dal 26 febbraio 2014, " come peraltro risulta anche dall'ultimo certificato del suo medico curante Dr.

_____ ". Infine ha rilevato che l'assicurato " è in grado di occuparsi normalmente delle attività domestiche richieste dalla vita quotidiana " (doc. AI 45-1/12). Nel rapporto finale del 17 aprile 2015 il medico dell'SMR (dr. med. _____) ha posto la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di " Sindrome lombovertebrale e lombospondilogenica cronica senza neurologia con/su osteocondrosi con iniziale insufficienza/instabilità segmentale L5-S1 e pregressa ernia discale lussata caudalmente L5-S1, in atto risolta (perizia reumatologica de. Dr. _____ del 14.04.2015) ", l'ulteriore diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " Sindrome coronarica (DD: IMA N-stemi asintomatico, perimiocardite) il 10.07.2013 con lieve rialzo della troponina ed alla coronografia (stenosi del 30% sul RIVA medio) coronarie esenti da lesioni significative " e le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di " bulbite e gastrite cronica, aneurisma AC anteriore operato (2004), ipercolesterolemia, adeniomasiosi delle colecisti, meniscectomia sinistra con/su ipotrofia muscolare residua all'arto inferiore sinistro e probabile iniziale artrosi femore-tibiale laterale sinistra, abuso etilico ". Il medico dell'SMR ha confermato la completa incapacità lavorativa nella precedente professione di cameriere dal 30 aprile 2013 e continua rispettivamente in un'attività adeguata dal 30 aprile 2013 al 26 febbraio 2014. Ha accertato una capacità lavorativa del 50% in un'attività adeguata - rispettosa dei limiti funzionali stabiliti nella perizia reumatologica agli atti con un carico massimo di 5 kg, con alternanza della postura al bisogno (inclusa) e necessità di pause supplementari (inclusa) - a partire dal 26 febbraio 2014. Infine, quale casalingo, è stato considerato inabile al 100% dal 30 aprile 2013 al 26 febbraio 2014 rispettivamente abile al 100% a far tempo dal 26 febbraio 2014 (doc. AI 46-1/3).

2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve concludere che non vi è motivo per distanziarsi dalla valutazione operata dal dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e medicina interna, in relazione alla capacità lavorativa dell'assicurato, e fatta propria dall'UAI. Tale valutazione è difatti da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.5. Il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e medicina interna, e quindi nelle materie che qui ci occupano, si è espresso su tutte le problematiche lamentate dall'assicurato, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base dei referti medici agli atti e della visita effettuata presso di lui, motivando debitamente le sue conclusioni. Al referto va dunque attribuita piena forza probante. Tanto più che la conclusione a cui è giunto il perito dell'amministrazione coincide sostanzialmente con quella a cui è pure pervenuto il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e medico curante dell'assicurato, nel rapporto del 26 febbraio 2014 di cui si è già detto (doc. AI 26-1/5).

2.7.1. L'assicurato nel proprio atto ricorsuale ha chiesto più volte l'esecuzione di una perizia medica pluridisciplinare coordinata (doc. I, pag. 1 e ss.). Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti).

Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici. Tanto più che lo stesso dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e malattie reumatiche nonché medico curante dell'assicurato, nel proprio rapporto del 6 agosto 2014 (doc. AI 3-1/5), alla luce anche della valutazione neurochirurgica del 29 gennaio 2014 e del relativo rapporto del 10 febbraio 2014 del Servizio di neurochirurgia dell'_____ di _____ (doc. AI 33-6/7), riteneva che, in caso di richiesta di inabilità lavorativa, l'unica soluzione fosse procedere ad una perizia reumatologica. Neppure l'insorgente ha prodotto d'altra parte refertazione medica specialistica (reumatologica/ortopedica, neurologica, cardiologica ed internistica) atta, per un verso, a perlomeno sollevare dubbi circa la fedefacenza del referto peritale allestito dallo specialista FMH in reumatologica e medicina interna rispettivamente del rapporto finale allestito dal medico dell'SMR (dr. med. _____), e, per altro verso, a indurre questo TCA a disporre ulteriori accertamenti medici specialistici. Tale non potendo essere di tutta evidenza il rapporto 3 settembre 2014 del dr. med. _____, capoclinica di neurochirurgia dell'_____ di _____, già solamente per il fatto che la data dell'ultimo controllo risaliva al 29 gennaio 2014 ovvero a quando è stata eseguita la consultazione neurochirurgica sfociata nel già noto rapporto del 10 febbraio 2014 rispettivamente che ha rinviato (per l'entità del trattamento attuale, prescrizione medica attuale, incapacità lavorativa, ecc.) l'UAI ai medici curanti, ovvero al dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e malattie reumatiche, e al dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna (doc. AI 37-1/5).

2.7.2. Pendente causa, il 12 ottobre 2015, il rappresentante di RI 1 ha presentato svariata documentazione medica. Con le osservazioni del 23 ottobre 2015 l'UAI ha trasmesso l'annotazione del 15 ottobre 2015 del medico dell'SMR (dr. med. D. _____) giusta la quale "dalla documentazione medica non risulta nessun elemento clinico che renda verosimile il fatto che l'assicurato non abbia potuto lavorare in misura completa per motivi di salute" (doc. XVI-1). 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 concreto il 10 giugno 2015 - quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono 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). Secondo questa Corte, la cartella clinica (molto verosimilmente del medico curante, dr. med. _____) di cui al doc. B4 va presa in considerazione, in quanto fa riferimento al quadro clinico del 2007-2014 e, quindi, antecedente al provvedimento contestato. D'altra parte, va rilevato che tale nuovo documento non permette comunque una diversa valutazione della fattispecie, già solamente per il fatto che non apporta alcunché di nuovo ai dati soggettivi ed oggetti già agli atti ed esaminati sia dal perito dell'amministrazione sia dal medico dell'SMR. Anche la documentazione medica di cui al doc. B5 e riguardante la presa a carico dell'assicurato effettuata il 15 gennaio 2007 dal Pronto Soccorso dell'_____ di _____, va presa in considerazione, riguardando di tutta evidenza un quadro clinico successivo antecedente al provvedimento contestato. D'altra parte, però, va rilevato che essa non permette comunque una diversa valutazione della fattispecie, già solamente per il fatto che, contrariamente a quanto asserito dal rappresentante del ricorrente (ovvero che "nel 2007 il

signor RI 1 è inoltre stato colpito da importanti problemi polmonari. Si tratta di una conseguenza nota e tipica dell'aneurisma "; cfr. doc. XIV), dalla stessa si evince unicamente che nel corso dell'inverno (ovvero il 15 gennaio 2007) l'assicurato si è presentato al Pronto Soccorso a causa di "tosse, catarro e stato febbrile" e che, dopo tutti gli usuali accertamenti del caso (esami del sangue, radiografia, ecc.), la capoclinica di radiologia ha attestato semplicemente "campi polmonari ben espansi, con fine accentuazione del disegno vascolo-connettivale, senza infiltrati parenchimali a focolaio in atto. Cuore e aorta nei limiti. Ili accentuati, vascolari. Non versamenti pleurici ". 2.8. Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo Tribunale deve concludere che quanto accertato dal perito incaricato dall'UAI in merito alla capacità lavorativa dell'assicurato e confermato dal medico SMR (dr. med. _____) va tutelato. A proposito del medico SMR non va del resto dimenticato 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'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurati-ve, 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. sentenza 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). 2.9. In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che RI 1 è inabile al lavoro al 100% nella sua ultima professione di cameriere dal 30 aprile 2013 mentre è abile al 50% in un'attività adeguata - rispettosa dei limiti funzionali stabiliti nella perizia reumatologica agli atti con un carico massimo di 5 kg, con alternanza della postura al bisogno (inclusa) e necessità di pause supplementari (inclusa) - a partire dal 26 febbraio 2014. 2.10. Ferme queste premesse, per quanto riguarda l'attività quale casalingo, appaiono nondimeno doverose talune considerazioni. L'UAI non ha effettuato, nel caso di specie, un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica al domicilio dell'assicurato. Tale modo di procedere viene stigmatizzato dall'insorgente nel proprio gravame, ove egli puntualizza di poter svolgere unicamente qualche attività estremamente leggera e in misura parziale a causa del suo stato di salute. Ora la Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), valida dal 1° gennaio 2015, stato al 1° marzo 2016 (disponibile unicamente nella versione tedesca e francese), edita dall'UFAS e consultabile sull'<http://www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/view/3950/lang:ita/category:34>), alla cifra

marg. 3096.1 3/16 prevede che " Auf eine Abklärung vor Ort für den Haushaltsbereich kann in Abweichung zu Rz 3083 verzichtet werden, wenn gemäss der ärztlichen Einschätzung keine Einschränkung in diesem Aufgabengebiet besteht (9C_103/2010) ". In effetti, secondo quanto stabilito dall'Alta Corte nella sentenza 9C_103/2010 del 2 settembre 2010, l'esperimento di un'inchiesta domestica in caso di statuto misto dell'assicurato non costituisce un obbligo imposto dal diritto federale (cfr. consid. 2.2). In concreto, il perito dell'amministrazione è giunto alla conclusione che l'insorgente è " in grado di occuparsi normalmente delle attività domestiche richieste dalla vita quotidiana " (doc. AI 45-1/12). Anche il medico dell'SMR ritiene che il ricorrente " quale casalingo, sia abile al 100% a far tempo dal 26 febbraio 2014 " (doc. AI 46-1/3). A fronte di tali considerazioni mediche a cui sono pervenuti sia il dr. med. _____ sia il dr. med G. B. Panzera, si può quindi ritenere che l'UAI abbia rinunciato ad esperire un'inchiesta economica, così come previsto dalla predetta cifra marg. 3096.1 3/16 della CIGI. Ora, questo Tribunale - pur tenendo conto dell'obbligo dell'assicurato di ridurre il danno, ripartendo meglio il suo lavoro e ricorrendo all'aiuto dei membri della sua famiglia in misura maggiore rispetto a chi non ha problemi di salute (DTF 133 V 504 consid. 4.2 e rinvii ivi citati) - non può concludere con la sufficiente tranquillità, a fronte dei noti limiti funzionali che gravano pesantemente sull'assicurato e in assenza di un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica al domicilio del ricorrente, che quest'ultimo sia " in grado di occuparsi normalmente delle attività domestiche richieste dalla vita quotidiana " (cfr. perizia medica agli atti: doc. AI 45-1/12) rispettivamente che, " quale casalingo, sia abile al 100% a far tempo dal 26 febbraio 2014 " (cfr. rapporto finale medico SMR agli atti: doc. AI 46-1/3). In concreto, in virtù, come poc'anzi evidenziato, della necessità di esperire un'inchiesta economica domiciliare, s'impone dunque un rinvio degli atti all'Ufficio AI stesso per complemento istruttorio e emanazione di una nuova decisione. In tale ambito, l'amministrazione si esprimerà pure compiutamente riguardo alle critiche sollevate dal patrocinatore del ricorrente in merito a quali attività leggere (semplici e ripetitive) siano ancora esigibili dalla stesso (al 50% con piena resa), tenuto conto dei suoi limiti funzionali. Riguardo poi alle ulteriori contestazioni sollevate dal patrocinatore del ricorrente, il TCA ritiene che possono rimanere qui irrisolte, visto che il ricorso va già accolto per altri motivi e gli atti rinviati all'amministrazione affinché, effettuata l'inchiesta economica domiciliare (e valutata l'opportunità di eseguire un aggiornamento della documentazione medica), si pronunci nuovamente sulla domanda di prestazioni. Per fare ciò, trattandosi di una fattispecie analoga a quella esaminata dalla Corte europea dei diritti dell'uomo con la citata (cfr. consid. 2.3.) sentenza 7186_09 del 2 febbraio 2016 non definitiva nella causa Di Trizio contro Svizzera, che vedeva una casalinga/salariata contestare il metodo misto di calcolo del grado di invalidità, l'Ufficio AI dovrà inoltre tenere conto delle considerazioni ivi sviluppate così pure dell'eventuale nuovo giudizio che potrà essere emanato dal Tribunale Federale - visto che la ricorrente in quella causa ha indicato di voler chiedere la revisione della STF 9C_49/2008 del 28 luglio 2008 (cfr. paragrafo 120 pag. 35: " (...) En l'espèce, la Cour note que la requérante, dûment représentée par un avocat devant la Cour, a elle-même indiqué qu'elle formulerait une demande de réparation dans le cadre d'une requête en révision de l'arrêt du Tribunal fédéral du 28 juillet 2008. Une telle possibilité étant explicitement prévue à l'article 122 de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (paragraphe 29 ci-dessus), et rien ne suggérant que cette voie soit illusoire – ce que la requérante ne prétend d'ailleurs pas –, la Cour estime qu'il n'y a pas lieu d'octroyer un montant quelconque au titre du préjudice matériel. (...) ") - o di eventuali direttive che emanerà l'UFAS su questo

tema (cfr. STCA 32.2015.66 del 17 marzo 2016). 2.11. In esito alle considerazioni che precedono, il ricorso va accolto, la decisione del 10 giugno 2015 annullata e gli atti rinviati all'amministrazione affinché proceda ai sensi dei considerandi. 2.12. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.- e 1'000.- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.- sono poste a carico dell'Ufficio AI e all'assicurato, rappresentato dall'avv. Untersee, vanno inoltre riconosciute le ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa) che appare giustificato quantificare in complessivi fr. 1'500.- (IVA inclusa).

E. 23

aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc).

La giurisprudenza federale sottolinea così costantemente la necessità di tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.; 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti; 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2.).

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).

Dopo aver precisato che la problematica principale di valenza invalidante è quella lombosacrale, non comportando le problematiche delle spalle e delle ginocchia, rilevanti limiti funzionali in aggiunta a quelli ritenuti per la colonna vertebrale, il perito ha stabilito dal profilo reumatologico la seguente esigibilità al lavoro, rispettivamente i seguenti limiti funzionali (mai = 0% o 0 ore; di rado = 1-5% o 0.5 ore; talvolta = 6-33% o 0.5-3 ore; sovente = 34-66% o 3-5.25 ore; molto sovente = 5.25-8 ore):

Il perito ha quindi puntualizzato che "le rimanenti problematiche (PSH, gonalgie) non comportano limiti funzionali aggiuntivi rispetto a quanto stabilito sopra".

Il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e medicina interna, ha concluso che l'inabilità lavorativa dell'assicurato in qualità di cameriere, attività che svolgeva a metà tempo ed in modo stagionale, risulta al 100% dal 30 aprile 2013, con scarse possibilità di un recupero della capacità lavorativa. Dal lato medico, inoltre, la sintomatologia dell'assicurato è difficilmente migliorabile in modo significativo o duraturo. In un'attività adatta (ovvero leggera, variata e rispettosa dei limiti funzionali stabiliti), ha concluso che vi sia in ogni caso, dal punto di vista reumatologico e medico-teorico, una capacità lavorativa residua del 50%, vale a dire per un lavoro a metà tempo a pieno rendimento, a partire dal 26 febbraio 2014, "come peraltro risulta anche dall'ultimo certificato del suo medico curante Dr. _____". Infine ha rilevato che l'assicurato "è in grado di occuparsi normalmente delle attività domestiche richieste dalla vita quotidiana" (doc. AI 45-1/12).

Nel rapporto finale del 17 aprile 2015 il medico dell'SMR (dr. med. _____) ha posto la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di "Sindrome lombovertebrale e lombospondilogenica cronica senza neurologia con/su osteocondrosi con iniziale insufficienza/instabilità segmentale L5-S1 e pregressa ernia discale lussata caudalmente L5-S1, in atto risolta (perizia reumatologica de. Dr. _____ del 14.04.2015)", l'ulteriore diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "Sindrome coronarica (DD: IMA

N-stemi asintomatico, perimiocardite) il 10.07.2013 con lieve rialzo della troponina ed alla coronografia (stenosi del 30% sul RIVA medio) coronarie esenti da lesioni significative" e le diagnosi senz'influsso sulla capacità lavorativa di "bulbite e gastrite cronica, aneurisma AC anteriore operato (2004), ipercolesterolemia, adenomatosi delle colecisti, meniscectomia sinistra con/su ipotrofia muscolare residua all'arto inferiore sinistro e probabile iniziale artrosi femore-tibiale laterale sinistra, abuso etilico". Il medico dell'SMR ha confermato la completa incapacità lavorativa nella precedente professione di cameriere dal 30 aprile 2013 e continua rispettivamente in un'attività adeguata dal 30 aprile 2013 al 26 febbraio 2014. Ha accertato una capacità lavorativa del 50% in un'attività adeguata - rispettosa dei limiti funzionali stabiliti nella perizia reumatologica agli atti con un carico massimo di 5 kg, con alternanza della postura al bisogno (inclusa) e necessità di pause supplementari (inclusa) - a partire dal 26 febbraio 2014. Infine, quale casalingo, è stato considerato inabile al 100% dal 30 aprile 2013 al 26 febbraio 2014 rispettivamente abile al 100% a far tempo dal 26 febbraio 2014 (doc. AI 46-1/3).

Tale valutazione è difatti da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.5. Il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e medicina interna, e quindi nelle materie che qui ci occupano, si è espresso su tutte le problematiche lamentate dall'assicurato, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base dei referti medici agli atti e della visita effettuata presso di lui, motivando debitamente le sue conclusioni. Al referto va dunque attribuita piena forza probante. Tanto più che la conclusione a cui è giunto il perito dell'amministrazione coincide sostanzialmente con quella a cui è pure pervenuto il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e medico curante dell'assicurato, nel rapporto del 26 febbraio 2014 di cui si è già detto (doc. AI 26-1/5).

Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti).

In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici.

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