

TI_GERICHTE 32.2023.98 vom 24. August 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-08-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.98

FR: TI_GERICHTE 32.2023.98 du 24 août 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.98 del 24 agosto 2023

Erwägungen

E. 2

della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012). nel merito 2.2. In concreto, litigiosa è la questione a sapere se a ragione l'Ufficio AI, con decisione 24 agosto 2023, ha respinto la domanda di prestazioni AI di RI 1.

E. 2.3

Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del

2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222).

E. 2.4

Se, però, un assicurato maggiorenni non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto di incapacità di guadagno non è possibile, poiché in simili condizioni l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGA (cfr. art. 5 LAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità; SVR 1996 IV Nr. 76 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136). In questo senso, l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. L'art. 27 cpv. 1 prima frase OAI, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, precisa a sua volta che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari. Secondo la prassi amministrativa, per il confronto si considerano soltanto attività assimilabili a quelle lucrative (come il lavoro domestico, amministrazione di patrimoni, attività benevole gratuite, ecc.). L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragonano quindi le attività svolte dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quelle che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, 1995, pag. 458; Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa

presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Con la modifica dell'Ordinanza del 1° gennaio 2018 sono inoltre state adeguate le attività nell'ambito delle mansioni consuete svolte dalle persone occupate nell'economia domestica (cfr. Leuenberger – Maro, “Changements dans la méthode mixte”, in *Sécurité sociale* 1/2018 pag. 40 seg (45-46)).

E. 2.5

Nel caso in cui, invece, l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa, torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI, secondo cui se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGa. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti. Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TF in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STF I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in *Pladoyer* 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in *SVR* 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, 133 V 504 e 133 V 477. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGa (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Occorre altresì ricordare che, quale conseguenza della decisione della Corte europea dei diritti dell'uomo (CEDU) 2 febbraio 2016 nella causa *Di Trizio contro Svizzera* (7186/09), secondo giurisprudenza il metodo misto non è applicabile alle persone con attività lucrativa svolta a tempo parziale, le quali per soli motivi familiari (ad esempio: nascita di un bambino) hanno notevolmente ridotto il pensum lavorativo nel senso di un cambiamento di statuto (da “persona con attività lavorativa a tempo pieno” a “persona con attività lavorativa a tempo parziale”) che ha causato, in via di revisione ex art. 17 cpv. 1 LPGa, una soppressione della rendita d'invalidità sinora percepita o di una riduzione della stessa. Nei casi al di fuori delle

succitate fattispecie l'invalidità può essere determinata secondo il metodo misto (STF 8C_793/2017 del 8 maggio 2018 consid. 7.1 con giurisprudenza citata). Ciò corrisponde, ad esempio, nel caso di una prima domanda di prestazioni (SVR 2017 IV nr. 31; STF 8C_633/2015 del 12 febbraio 2016 consid. 4.3). Come detto, il 1. gennaio 2018 sono entrati in vigore gli articoli 27 e 27 bis cpv. 2-4 OAI nel loro nuovo tenore (cfr. RU N. 107 del 19 dicembre 2017, pagg. 7581-7582). Al riguardo, dal comunicato stampa del 1° dicembre 2017 dell'UFAS intitolato "Maggiore equità nel calcolo del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale", risulta che "(...) il Consiglio federale introduce un nuovo modello di calcolo per determinare il grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale, che contribuisce a migliorare la conciliabilità tra famiglia e lavoro e soddisfa anche le richieste della Corte europea dei diritti dell'uomo. Nella sua seduta del 1° dicembre 2017, il Consiglio federale ha fissato l'entrata in vigore della relativa modifica d'ordinanza al 1° gennaio 2018. (...)".

E. 2.6

Per costante giurisprudenza (cfr. 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. 2 bis 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 LPGa – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e 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). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri.

Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.7. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni del 28 settembre 2022 (cfr. supra consid.1.1.), al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurato, l'Ufficio AI ha richiamato la documentazione medica agli atti dell'assicuratore d'indennità giornaliera in caso di malattia (_____), sottoponendola, unitamente alla documentazione medica all'inserto, al vaglio del medico SMR dr. med. _____, il quale ha accertato un'incapacità lavorativa del 100% in attività abituale dal 14 luglio 2022, ed un'incapacità lavorativa in attività adeguate del 100% dal 14 luglio 2022 al 1. marzo 2023 e dello 0% a decorrere dal 2 marzo 2023 (doc. 55 incarto AI). Il ricorrente contesta la valutazione medico-teorica operata dal medico SMR, giudicando insufficienti gli accertamenti medici esperiti, contrapponendole numerose refertazioni che, a mente sua, proverebbero uno stato valetudinario ben peggiore e meglio, una completa incapacità lavorativa in qualsiasi attività.

2.8. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ha motivo per metterne in dubbio le conclusioni. Il medico SMR ha infatti attentamente valutato l'intera documentazione medica acquisita dall'Ufficio AI e prodotta dal ricorrente in sede amministrativa e nelle more processuali, stabilendo la capacità lavorativa dell'assicurato sulla base della decisione 2 marzo 2023, con cui _____ ha cessato l'erogazione delle indennità giornaliera per malattia, ritenendo l'assicurato completamente abile al lavoro in attività adeguata, e ciò sulla base della valutazione medica fiduciaria 29 novembre 2023 del dr. med. _____, (doc. 106 incarto IGM). In particolare, nel rapporto finale 11 aprile 2023, il medico SMR ha posto quali diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa: " Esiti di numerosi interventi chirurgici (1996) per complessa frattura bi-ossea (tibia+perone) gamba destra, resezione parziale perone destro con/su: · Pseudo-artrosi del perone destro ed un impingement tibio-talare della caviglia destra Sindrome post-trombotica bilaterale, ma molto più marcata a destra con stato da numerose TVP agli arti inferiori, stato da ulcere malleolari e tibiali arto inferiore destro Autonomia tiroidea multifocale (in trattamento tireostatico). Sindrome lombo-spondilogenica destra con quadro degenerativo faccettario L3-L5." Non ha invece indicato alcuna diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa. Quanto alle limitazioni funzionali, il dr. med. _____ ha indicato che il carico massimo trasportabile era di 5 chili e la necessità di alternare la postura al bisogno di effettuare pause supplementari. Ha inoltre indicato quali ulteriori limitazioni: " Attività svolta prevalentemente in posizione seduta con possibilità di variare la postura, no deambulazione su terreni scoscesi od accidentati, no deambulazione per tragitti lunghi o ripetuti". I periodi d'(in)abilità lavorativa, in particolare di una capacità lavorativa del 100% in attività adeguata dal 2 marzo 2023, sono stati accertati sulla base della decisione di medesima data dell'assicuratore d'indennità giornaliera in caso di malattie, il quale, fondandosi sulla valutazione del proprio medico fiduciario dr. med. _____ del 29 novembre 2022 (doc. 106 incarto IGM) ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro al 100% in

un'attività adeguata – mentre ha considerato che nell'attività abituale di assistente di cura rimanesse totalmente inabile – interrompendo il versamento di prestazioni (doc. 110 incarto IGM). Questa decisione non risulta essere stata contestata, né ciò è stato addotto dal ricorrente. Va qui preliminarmente rammentato che per l'art. 49 cpv. 1 OAI i servizi medici regionali (SMR) valutano le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Nel quadro della loro competenza medica e delle istruzioni tecniche di portata generale dell'Ufficio federale, essi sono liberi di scegliere i metodi d'esame idonei. Ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 OAI se occorre i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati. Mettono per scritto i risultati degli esami. L'art. 49 cpv. 3 OAI prevede che i servizi medici regionali sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione. I servizi interni dell'SMR, se ritengono la documentazione prodotta sufficiente, apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. L'SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, di per sé, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (sentenza 9C_323/2009 pubblicata in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174; cfr. anche sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012, consid. 4.2 e sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1). Non va tuttavia dimenticato, come emerge dalla sentenza pubblicata in DTF 135 V 465 (cfr. consid. 4.4), che anche se la giurisprudenza assegna, di principio ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione pieno valore probante, se adempiono i presupposti previsti dalla giurisprudenza, essi non hanno tuttavia la medesima forza probatoria di una perizia amministrativa allestita in applicazione della procedura prevista dall'art. 44 LPG o di una perizia giudiziaria (cfr. DTF 125 V 351, consid. 3a; DTF 122 V 157 consid. 1c). Se la fattispecie viene decisa sulla base di un rapporto di un medico interno e sussistono solo lievi dubbi circa la fondatezza e le conclusioni della valutazione espressa, occorre procedere con accertamenti supplementari (DTF 135 V 465 consid. 4.4 in fine: “ [...] Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162 f.)”). Quo alla valenza probatoria dei pareri dei medici fiduciari degli assicuratori – come quelli del medico SMR –, pur non assurgendo a rango di perizia esterna, in caso di lite essi hanno valore probatorio preponderante per rapporto ai pareri dei curanti e delle perizie di parte (in tema Riemer-Kafka, Unabhängiger Board: Aufgaben und mögliche Umsetzung, in: Das Indikatorenorientierte Abklärungsverfahren, 2017, pagg. 154-158), a patto che non sussista alcun dubbio sulla loro affidabilità e concludenza. In concreto, per quanto attiene alla contestata valenza della valutazione medico-fiduciaria 29 novembre 2022 del dr. med. _____, FMH in medicina interna, a cui viene rimproverato di non essere specialista nelle materie qui d'interesse, questo Giudice non ha motivo di discostarsi ritenuto che le patologie di cui soffre l'insorgente (cfr. supra consid. 2.8.) rientrano nelle branche della medicina interna e che pertanto egli, sulla base delle proprie conoscenze in materia, della propria esperienza in ambito assicurativo e della copiosa documentazione specialistica agli atti - dopo aver visitato il paziente, svolto l'anamnesi e indicato lo status e le diagnosi - era in grado di definire l'(in)abilità lavorativa

dell'assicurato. Oltre a ciò, la decisione 2 marzo 2023, con cui l'assicuratore d'indennità giornaliera in caso di malattia, fondandosi sulle conclusioni del medico fiduciario, ha interrotto l'erogazione delle proprie prestazioni non risulta essere stata contestata. Legittimamente quindi il medico SMR, vagliata a sua volta la documentazione specialistica all'inserto, dalla quale non emergono elementi atti a mettere indubbio le conclusioni del dr. med. _____, vi ha fatto riferimento. Va del resto evidenziato che nemmeno i referti prodotti dall'assicurato in sede di opposizione e nella presente procedura sono atti a far sorgere tali dubbi, ma al contrario confermano le conclusioni contenute nel rapporto finale 11 aprile 2023 in punto alle limitazioni dell'assicurato (cfr. supra consid. 2.8.). Quanto alle refertazioni mediche che, a mente dell'insorgente, attesterebbero un'incapacità lavorativa superiore a quella determinata dal medico SMR va osservato quanto segue. RI 1 si prevale anche in questa sede di una serie di referti medici già prodotti in sede di osservazioni. Ora, gran parte di tale documentazione - cfr. lettere ambulatoriali 4 novembre 2021, 27 gennaio 2022, 3 marzo 2022 e 11 agosto 2022 del dr. med. _____; referto radiologico 6 maggio 2022 del dr. med. _____; referti medici del dr. med. Tuta relativi a due duplex venosi eseguiti il 10 ed il 13 giugno 2022; referto 18 luglio 2022 del dr. med. _____ indirizzato al dr. med. _____ per informarlo in merito alla valutazione ematologica eseguita il 24 giugno 2022; referto 31 luglio 2022 con cui il dr. med. _____ riferisce al dr. med. _____ della valutazione vascolare eseguita il 21 luglio 2022; lettera ambulatoriale 11 agosto 2022; referto 20 settembre 2022 con cui la dr.ssa med. _____ informa al dr. med. _____ della visita eseguita il 20 settembre 2022; referto con cui il dr. med. _____ comunica alla dr.ssa med. _____ l'esito della valutazione cardiologica; del referto 31 marzo 2023 con cui il dr. med. _____ risponde ad una richiesta di valutazione dell'abilità lavorativa del paziente da parte del dr. med. _____; lettera ambulatoriale 18 settembre 2023 della dr.ssa med. _____ e della dr.ssa med. _____ (doc. M) - è costituita da lettere ambulatoriali, risultati di esami di laboratorio e di visite specialistiche e (fatti salvi i certificati medici del curante dr. med _____ di cui si dirà nel seguito), non si esprime in merito alla esigibilità lavorativa ed alla capacità lavorativa residua in attività adeguate né attesta alcuna inabilità lavorativa in attività adeguate. Gli unici riferimenti in punto alla capacità lavorativa dell'assicurato sono quelli di cui allo scritto 31 marzo 2023 del dr. med. _____ il quale non esclude la possibilità di una ripresa lavorativa adeguata alle limitazioni funzionali (“ (...) sono in corso accertamenti presso l'assicurazione invalidità per valutare la possibilità di una reintegrazione professionale visto che non è possibile prendere in considerazione nuovamente la ripresa professionale di assistente di cura che necessita comunque sforzi gravosi di sollevamento pesi e attività in posizione eretta prolungata. In questo momento ritengo che non vi sia spazio per una ripresa della sua attività professionale e l'iscrizione alla disoccupazione, senza poter proporre al paziente un'alternativa adeguata alle sue menomazioni, non è proponibile”), ed il referto 18 settembre 2023 delle dr.sse med. _____ e _____, specializzate in chirurgia vascolare, le quali hanno indicato “Se possibile, evitare attività lavorative che richiedono sforzi maggiori o ortostatismo prolungato”. Ne discende che, da questo profilo, la documentazione specialistica prodotta dall'assicurato non solo non mette in dubbio l'affidabilità delle conclusioni del medico SMR, ma conferma invece quanto ritenuto nel rapporto finale dell'11 aprile 2023, ovvero che le limitazioni dell'assicurato nell'esercizio di un'attività lavorativa - le quali risultano determinanti nella valutazione della sua capacità lavorativa residua - consistano nell'impossibilità di compiere sforzi maggiori e di assumere

una posizione eretta prolungata (cfr. supra consid. 2.8.). L'insorgente si prevale inoltre di due certificati del proprio medico curante, dr. med. _____, FMH in medicina interna e generale, anch'essi già prodotti in sede di osservazioni. Il primo, del 15 giugno 2023, si limita a certificare un'inabilità lavorativa totale in ogni tipo di attività, sia di carattere fisico che sedentario, senza ulteriori specificazioni. Il secondo, del 20 luglio 2023, ha il seguente tenore: " (...) Il sig. RI 1 è affetto da una serie di patologie concatenate tra loro che gli impediscono in modo assoluto di poter effettuare una attività lavorativa sia essa di impegno fisico, sia di tipo sedentario. È affetto da una grave problematica vascolare venosa ad entrambi gli arti inferiori (...) Tale condizione impedisce al paziente sia di poter stare in ortostatismo per lungo tempo sia al contrario di rimanere seduto per troppo tempo; è fondamentale in questo caso una alternanza continua della postura. Inoltre è affetto da problematiche a livello della colonna lombare caratterizzata da severa degenerazione osteoarticolare, antero-listesi L4 su L5 non operabile né risolvibile in altro modo associato a frequenti episodi di blocchi muscolari lombari, sciatalgie ricorrente, motivo per cui non è proponibile una attività lavorativa sotto sforzo o che richieda passaggi posturali che determinino una flessione del tronco e la sua successiva estensione. Infine il sig. RI 1 ancora accusa da sempre le conseguenze cliniche di un grave infortunio scheletrico alla gamba e caviglia di destra, clinica a cui ha sempre cercato di far fronte in modo autonomo con antalgici antinfiammatori ma che nel tempo è divenuta peggiorando proprio per la problematica vascolare associata e lombare di cui sopra. (...)". Tuttavia, tale referto in tutta evidenza non si confronta con la valutazione del medico SMR il quale, nel determinare la capacità lavorativa, aveva proprio tenuto in considerazione quali limitazioni funzionali l'alternanza della postura al bisogno, la necessità di pause supplementari e il carico massimo di 5 kg precisando che l'attività adeguata alle menomazioni dell'assicurato avrebbe dovuto svolgersi in posizione prevalentemente seduta, senza deambulazione su terreni scoscesi o accidentati né per tragitti lunghi o ripetuti (cfr. supra consid. 2.8.). Il quadro patologico descritto dal dr. med. _____ è inoltre sovrapponibile a quello ritenuto dal dr. med. _____ e il curante non adduce elementi oggettivi non presi in considerazione nella valutazione del medico SMR, né fornisce alcun elemento atto a metterne in dubbio l'affidabilità. Visto tutto quanto precede, questo Giudice non può che prestare adesione al complemento 17 agosto 2023 con cui il medico SMR, confrontandosi con la documentazione medica elencata ai paragrafi precedenti, ripercorsi i limiti funzionali descritti nella sua valutazione, nonché il quadro clinico da lui considerato, ha confermato le conclusioni esposte nel rapporto finale 11 aprile 2023 (IV-1). Quanto all'ulteriore certificato 13 settembre 2023 prodotto con il ricorso con il quale il dr. med. _____, confermando la valutazione di un'incapacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività, ha escluso la possibilità di trattamento chirurgico per correggere "l e problematiche lombare e a carico della gamba-caviglia-piede destro" (doc. L), pertinentemente il medico SMR, chiamato a prendere posizione, il 9 ottobre 2023 ha indicato che: " Si specifica che la condizione attuale è quella valutata e descritta nel RAF e non fa riferimento alla possibilità di modificare le condizioni funzionali con un intervento chirurgico (esigibilità), i limiti funzionali tengono considerazione delle difficoltà di deambulazione, della necessità di variare la postura, della necessità di pause supplementari, di mobilizzazione di carico max, ecc. Trattasi quindi di diversa valutazione di una stessa condizione clinica. Pertanto si confermano in toto le conclusioni del RAF." (IV-2) Nemmeno l'ulteriore documentazione prodotta nelle more della presente procedura è idonea a far sorgere dubbi circa le conclusioni cui è giunto il medico SMR. Trattasi anzitutto di un ulteriore rapporto del dr.

med. _____ del 23 ottobre 2023 (doc. P) il quale, oltre a ribadire la propria valutazione dell'incapacità lavorativa, già respinta dal dr. med. _____, ha chiesto " di considerare tra le patologie CON ricaduta sulla CL anche l'infortunio occorso nel 1995 a carico della gamba destra con gli interventi che ne sono conseguiti negli anni (...) ", senza avvedersi del fatto che le conseguenze dell'infortunio occorso all'assicurato nel 1995 figurano già chiaramente fra le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa poste dal medico SMR (cfr. supra consid. 2.8.). Inoltre, nella misura in cui non descrivono un quadro patologico differente da quello stabilito dal medico SMR, non indicano alcunché in merito all'esigibilità lavorativa ed alla capacità lavorativa residua in attività adeguate, né attestano alcuna inabilità lavorativa in attività adeguate, nemmeno gli ulteriori referti prodotti dall'insorgente (cfr. lettera ambulatoriale 6 ottobre 2023 del dr. med. _____ al dr. med. _____ in seguito ad un test ematologico (doc. Q-R); di un referto radiologico 24 ottobre 2023 della dr.ssa. med. _____; di un rapporto 23 novembre 2023 dell' _____ (doc. U); di una lettera ambulatoriale del 7 dicembre 2023 del dr. med. _____ al dr. med. _____ (doc. Z); di un'ulteriore referto del 21 dicembre 2023 dell' _____ (doc. AA) permettono di metterne in dubbio le conclusioni. A tal riguardo occorre pertanto prestare adesione alle convincenti considerazioni espresse dal medico SMR il quale, con due separate prese di posizione, ha confermato la propria valutazione. Dapprima, con scritto 18 dicembre 2023 il dr. med. _____ si è espresso in merito ai docc. P-U evidenziando: " L'ulteriore documentazione prodotta all'incarto non apporta elementi oggettivi da quelli già valutati. Un secondo parere è stato richiesto dall'Assicurato ai Colleghi dell' _____, valutazione che concorda per una sindrome post-trombotica moderatamente grave dell'arto inferiore destro e non c'è ancora un procedere terapeutico né un'indicazione a trattamento chirurgico, intervento comunque che qualora fosse possibile avrebbe come fine il miglioramento delle condizioni fisico/funzionali dell'Assicurato. Si specifica ancora che la condizione clinica attuale è quella valutata e descritta nel RAF e non fa riferimento alla possibilità di modificare le condizioni funzionali con un intervento chirurgico (esigibilità), i limiti funzionali tengono in considerazione delle difficoltà di deambulazione, della necessità di variare la postura, della necessità di pause supplementari, di mobilitazione di carico max, ecc. Si confermano tutte le conclusioni del RAF" (XII-1) In seguito, il 17 gennaio 2024, il medico SMR, dopo aver vagliato i docc. Z-AA, ha considerato: " L'ulteriore documentazione prodotta all'incarto non apporta nuovi elementi che modificano le conclusioni del RAF. (...) Per gli aspetti in seno alla patologia "sindrome di Marine-Lenhart (diagnosi 10.12.2021)", si tratta di patologia endocrinologica che riguarda la tiroide. La patologia è in trattamento con Neo-Mercazole con beneficio clinico ed eutiroidismo. Patologia in atto senza ricaduta sulla CL." (XVI-1) Quanto alle rimostranze del ricorrente in merito al fatto che, contrariamente a quanto indicato nella valutazione del dr. med. _____, l'Ufficio AI non abbia predisposto alcuna riqualifica professionale, va ricordato che al medico compete la valutazione dello stato di salute del peritendo, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto. Compito dell'orientatore professionale è invece quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido. Per questi motivi la valutazione sulle eventuali misure di reinserimento lavorativo

dell'assicurato non spettava al citato sanitario. È inoltre utile ricordare che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Pertanto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Giudice ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici specialistici. Va 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 STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). 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 e sentenza ivi citata; STCA 32.2018.211 del 21 ottobre 2019, consid. 2.6). Alla luce di quanto sopra esposto questo Giudice, ricordato il principio del libero apprezzamento delle prove valido (anche) nel diritto delle assicurazioni sociali (cfr. art. 61 lett. c in fine LPGa; cfr. anche STF 9C_549/2020 del 1. settembre 2021 consid. 3.1. e STCA 32.2022.39 consid. 2.7.2.), ritiene con il grado probatorio della verosimiglianza preponderante abitualmente applicabile al diritto delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 con riferimenti) che la valutazione medica effettuata dal medico SMR in punto all'incapacità lavorativa in attività adeguate sia (più) confacente alla realtà documentale (e quindi preferibile) rispetto a quella del curante, posto che di principio in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione dei curanti (cfr. supra consid. 2.6.). A tal proposito, non si può ignorare che l'insorgente non risulta aver contestato la decisione 2 marzo 2023 dell'assicuratore d'indennità giornaliera in caso di malattia del datore di lavoro – su cui si è fondato il medico SMR per stabilire i periodi di incapacità lavorativa – con la quale è stato ritenuto abile al lavoro in attività adeguate in misura completa, ciò che ha determinato la cessazione dell'erogazione delle indennità giornaliera da parte di _____. L'agire dell'insorgente evidenzia dunque l'implicita accettazione delle conclusioni del dr. med. _____ su cui poggia tale decisione. Stante tutto quanto precede, nessuna delle certificazioni prodotte dal ricorrente in sede amministrativa e in questa sede è atta a mettere in dubbio le conclusioni del medico SMR, a cui va prestata integrale adesione.

E. 2.9

Quanto alla valutazione della capacità lavorativa quale casalingo effettuata nell'ambito dell'istruttoria che ha preceduto la resa della decisione del 24 agosto 2023, l'assistente sociale Petrin, stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alle direttive CIGI (attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali dell'assicurato nell'ambito dell'economia domestica) e fissati gli impedimenti di ogni singola mansione casalinga, nell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 23/24 agosto 2023, sulla base degli

accertamenti esperiti presso il domicilio dell'assicurato ha stabilito una limitazione complessiva dello 0% (doc. 80 incarto AI). L'assicurato ha vagamente contestato tale percentuale di invalidità, non censurando espressamente e puntualmente la valutazione dell'assistente sociale, ma limitandosi ad affermare genericamente che “ si contesta fermamente che l'assicurato non abbia inoltre limitazioni per quanto concerne le attività da casalingo, per le quali si chiede pertanto il riconoscimento di un grado d'invalidità totale ”. Innanzitutto va sottolineato che nell'inchiesta economica in questione è stata correttamente stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alle direttive (CIGI), attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica. Questo aspetto non è, del resto, stato specificatamente contestato. In secondo luogo occorre prendere in considerazione l'aiuto dei familiari nelle faccende domestiche (in concreto la moglie e il figlio). A questo proposito va evidenziato come l'insorgente non ha contestato di aver egli stesso indicato di delegare alla moglie e al figlio le mansioni che non riesce a svolgere. Nei casi come quello in esame occorre in effetti tenere conto anche della ripartizione dei compiti e dei ruoli derivanti dall'obbligo di reciproca assistenza e cooperazione familiare consacrato dal diritto matrimoniale (art. 159 cpv. 2 e 3 e art. 163 CC; Pratique VSI 1996 pag. 208; DTF 117 V 197), ciò che in casu permette di ritenere adeguate le percentuali d'impedimento dello 0% evidenziate con riferimento alle mansioni comportanti un maggior impiego e sforzo fisico, le quali tengono giustamente conto della collaborazione dei familiari riferito dall'insorgente (cfr. anche DTF 133 V 504 consid. 4.2; 115 V 53, 114 V 285 consid. 3; STF I 407/92 e I 35/00; STCA 32.2019.189 del 14 ottobre 2019, consid. 2.16). Stanti le considerazioni esposte, esaminate singolarmente le valutazioni dell'assistente sociale circa gli impedimenti dovuti all'invalidità, questo Giudice ritiene che non siano ravvisabili elementi che consentano di metterne in dubbio l'attendibilità, le stesse risultando conformi alle circostanze ed ai riscontri concreti ed in particolare alle indicazioni fornite dall'assicurato medesimo nell'ambito dell'inchiesta domiciliare. Inoltre, è da ritenere che le valutazioni degli impedimenti relativi alle singole mansioni domestiche sono del tutto affidabili e compatibili con quanto accertato dal medico SMR, il quale ha stabilito un'inabilità medico-teorica nulla nello svolgimento delle mansioni casalinghe (cfr. doc. A; doc. 76 incarto AI; cfr. anche DTF 128 V 93; cfr. anche STF 9C_568/2017 dell'11 gennaio 2018; 9C_313/2007 dell'8 gennaio 2008 consid. 4.1; STCA 32.2018.209 del 14 ottobre 2019, consid. 2.15). Stante quanto precede, la censura sollevata in modo oltremodo generico dal ricorrente in merito alle conclusioni dell'assistente sociale, non indicando in che mansione e in che misura le limitazioni sarebbero maggiori, va respinta. Pertanto la valutazione di cui all'inchiesta del 23 agosto 2023 (doc. 80 incarto AI), che ha concluso l'assenza di impedimenti per lo svolgimento le attività casalinghe ed è stata eseguita da una persona esperta, va confermata non essendoci motivi per ritenere l'apprezzamento manifestamente errato.

E. 2.10

Il ricorrente non ha contestato la valutazione economica operata dall'Ufficio AI e questo Giudice non ravvisa motivi per discostarsene.

E. 2.11

Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma mentre il ricorso va integralmente respinto.

E. 2.12

Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e fbis LPGGA 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 (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

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