

TI_GERICHTE 32.2001.16 vom 16. Februar 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-02-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2001.16

FR: TI_GERICHTE 32.2001.16 du 16 février 2001

IT: TI_GERICHTE 32.2001.16 del 16 febbraio 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 02.10.2001 32.2001.16 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 02.10.2001 32.2001.16 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 02.10.2001 32.2001.16

Sentenza o decisione senza scheda

RACCOMANDATA Incarto n. 32.2001.00016 BS /nh Lugano 2 ottobre 2001 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Marco Bischof segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 5 marzo 2001 di _____ contro la decisione del 16 febbraio 2001 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona 1 Caselle, in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. _____, imbianchino, il 6 giugno 1997 ha presentato all'Ufficio assicurazione invalidità (UAI) un'istanza tendente all'assegnazione di prestazioni dell'AI per adulti. Con decisione 30 giugno 1998 l'amministrazione, basandosi principalmente sulla perizia 4 marzo 1998 della dr. ssa _____, neurologa, ha respinto tale richiesta poiché all'assicurato è stata valutata un'incapacità lavorativa del 30% nella propria attività di pittore edile. Per il tramite del proprio medico curante, dr. med. _____, _____ ha contestato la decisione amministrativa. Con sentenza 4 gennaio 2000 lo scrivente Tribunale ha accolto il ricorso e rinviato gli atti all'UAI per esperire alcuni accertamenti medici. Al riguardo il TCA ha statuito che: " In conclusione, quindi, poiché la documentazione medica agli atti non permette a questa Corte di pronunciarsi né sullo stato di salute dell'assicurato e quindi tantomeno sulla sua invalidità, la decisione impugnata dev'essere annullata e l'incarto rinviato all'UAI per l'esperimento degli accertamenti succitati. In particolare l'UAI farà eseguire una "MRI cerebrale ambulatoriale" da uno specialista, che trarrà le debite conclusioni sia mediche che relative all'inabilità lavorativa. In seguito approfondirà la questione riguardante l'ipertensione e le conseguenze della stessa da un punto di vista medico e dell'inabilità lavorativa. Sulla base della nuova documentazione medica, che dovrà stabilire anche il grado di inabilità lavorativa globale dell'interessato, l'amministrazione pronuncerà una nuova decisione in merito all'invalidità dell'assicurato." (cfr. STCA 4 gennaio 2000 consid. 2.8 inc. _____). 1.2. Il 16 marzo 2000 l'assicurato è stato visitato dal dr. med. _____, primario del Servizio _____ (cfr. rapporto 27 marzo 2000 in doc. AI). 1.3. Dando seguito alla sentenza di rinvio, l'UAI ha nuovamente incaricato la dr.ssa _____ di allestire una perizia. Sulla base del referto datato 5 ottobre 2000, con progetto di decisione 25 gennaio 2001 l'amministrazione ha respinto la richiesta di rendita in quanto: " Il contenuto del nuovo documento peritale non discosta da

quello della perizia del 4 marzo 1998. La patologia presente comporta una limitazione del 30% nella svolgimento della consueta attività lavorativa di imbianchino. Confermiamo pertanto quanto già esposto nella decisione del 30 giugno 1998. La domanda di prestazioni AI, tendente ad ottenere una rendita d'invalidità, è respinta. " Non avendo ricevuto alcune osservazioni in merito, con decisione formale 6 giugno 2001 l'UAI ha confermato il tenore della proposta. 1.4. Contro la decisione amministrativa l'assicurato, rappresentato dal proprio medico curante, è tempestivamente insorto rimarcando quanto segue: " Esiste un riassunto dei diversi esami fatti del dr. _____ e dei suoi collaboratori all'Ospedale _____, estendendosi su diverse visite e colloqui di una durata tra dieci e quindici ore, dei quali allego copia. La loro conclusione si basa su diversi esami clinici e tecnici e ripetuti incontri con il paziente. La deduzione contrasta con quella della dr.ssa _____." 1.5. Con risposta 8 maggio 2001 l'UAI ha proposto di respingere il gravame. Facendo riferimento al rapporto 27 marzo 2000 del dr. _____ e alla perizia, l'amministrazione ha osservato quanto segue: " Entrambi i neurologi sono concordi nell'affermare che i disturbi dei quali soffre l'assicurato non sono di natura rilevante. Il dottor _____, valutando l'esistenza di una lieve emisindrome sensitiva destra ed una minima emisindrome motorica destra, rileva fra l'altro che "non vi sono disturbi di equilibrio significativi. (...). La RM cerebrale ha evidenziato unicamente una microlesione nel talamo sinistro residuale e una microlesione nella sostanza bianca frontale, reperto banale. I potenziali evocati motori non hanno evidenziato una patologia sulle vie corticospinali di destra, i potenziali evocati somatosensoriali sono risultati normali". Data la lievità dei disturbi descritti, mal si comprende come il primario possa ritenere l'attività di imbianchino addirittura improponibile. Nella propria perizia la dottoressa _____, alla quale sono naturalmente state sottoposte le valutazioni del dottor _____, ha potuto addirittura riscontrare un miglioramento nello stato del paziente rispetto alla precedente valutazione effettuata nel febbraio del 1998 (cf. doc. n. _ inc. AI): "tra l'altro i mal di testa lamentati allora sono finalmente scomparsi (...). Lo stesso vale per i bloccaggi cervicali". La dottoressa conclude quindi che esiste una "franca discrepanza tra lo stato clinico obiettivo, documentato da innumerevoli esami complementari e la pretesa inabilità lavorativa". In definitiva, considerato che la sintomatologia presentata dal ricorrente è di minima intensità, lo scrivente Ufficio ritiene di doversi allineare alle valutazioni espresse dalla dottoressa _____, valutazioni che, oltre ad essere complete e dettagliate, si basano su numerosi reperti medici." (doc. _) 1.6. Con scritto 19 maggio 2001 l'assicurato contesta le risultanze della perizia, sostenendo tra l'altro che non è vero che i dolori alla testa ed i bloccaggi siano scomparsi. Egli chiede che venga ordinata una perizia medica eseguita da un "centro abilitato". 1.7. Mediante lettera 29 maggio 2001 il dr. med. _____, dopo aver specificato che è il signor _____ "il rappresentante della sua causa", ha comunque comunicato che: " Ho presentato nel frattempo al dr. _____, primario di neurologia all'Ospedale _____, la presa di posizione dell'AI. La sua valutazione del caso è stata considerata è mal compresa" dei giuristi dell'AI. Il problema sta nella valutazione di una persona solo tramite lo studio dell'incarto e non nel confronto personale. Ho più volte ripetuto la problematica di non eseguire una prova di lavoro e di ascoltare solo un esperto. Il commento del dr. _____ è a disposizione." (doc. _) 1.8. Interpellato del TCA, con lettera 30 agosto 2001 l'assicurato ha innanzitutto dichiarato che il suo medico curante "è tuttora il rappresentante dei miei interessi assicurativi" ed ha allegato la presa di posizione, datata 18 maggio 2001, del dr. med. _____ (doc. _). Con lettera 11 settembre 2001 l'UAI ha preso nota del citato commento, ribadendo comunque la propria posizione (doc.

...). in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 26 ottobre 1999 nella causa D.C., I 623/98; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa G.H., H 304/99). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è l'assegnazione a _____ di una rendita d'invalidità. Con il provvedimento in lite l'amministrazione ha infatti respinto la richiesta di prestazioni in quanto il grado d'incapacità al guadagno dell'assicurato non raggiunge il minimo pensionabile. L'insorgente sostanzialmente contesta il grado di incapacità lavorativa valutato dal perito. L'art. 4 cpv. 1 LAI definisce l'invalidità, nel senso della legge, come 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 (G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, pag. 216ss). Va inoltre precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %. 2.3. Come è già stato rilevato in numerose sentenze la valutazione dell'invalidità non va stabilita unicamente in base a fattori medico-teorici (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b; STFA inedita 23.3.92 in causa F.A., consid. 4; DTF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 seg.), bensì rilevanti sono gli effetti del danno alla salute sulla capacità di guadagno (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (SVR 1996 IV Nr. 74 p. 214 consid. 2d; DTF 114 V 314 consid. 3a, DTF 105 V 158 consid. 1; RCC 1982 pag. 35 consid. 1). Non spetta invece al medico graduare l'invalidità dell'assicurato. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute e nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro (RCC 1991, pag. 331 consid. 1c). Il medico non possiede invece né la preparazione né gli strumenti per pronunciarsi sulla capacità di guadagno. Questo giudizio spetta all'amministrazione, rispettivamente al giudice, e dev'essere formulato sulla base del raffronto dei redditi (RCC 1986, pag. 432). I documenti medici sono comunque sempre di rilievo quando permettono di dedurre le conseguenze economiche delle affezioni accertate (STFA non pubbl. del 2 luglio 1996 in re M. N p. 4 consid. 2; DTF 114 V 314 consid. 3c). Di conseguenza, il fatto che un assicurato sia, da un profilo medico, incapace al lavoro ad un determinato grado, non significa ancora ch'egli debba necessariamente beneficiare del riconoscimento dello stesso grado d'invalidità da parte della Commissione AI. L'incapacità di guadagno (sulla quale si fonda il concetto d'invalidità ai sensi dell'art. 4 LAI) si distingue dall'incapacità di lavoro per il fatto che essa considera quale guadagno può e deve ancora essere realizzato dall'interessato, utilizzando la sua capacità lavorativa residua in un mercato del lavoro equilibrato. L'incapacità di lavoro, invece, è l'impossibilità fisica di muoversi o di fare uno sforzo, come pure l'impossibilità psichica di agire con metodo. Essa viene valutata nella propria professione rispettivamente in altri lavori e attività (G. Scartazzini, *op.cit.*, pag. 228). La LAI tutela dunque non la

malattia o la conseguente incapacità lavorativa, ma l'incapacità al guadagno. Di regola, l'invalidità economica appare inferiore all'inabilità medica. In taluni casi particolari, per contro, si deve ammettere che l'incapacità al guadagno sia superiore al mero grado d'incapacità lavorativa sotto il profilo medico (cfr. ad es. B. Schatz, Kommentar zur eidg. Militärversicherung, Zurigo 1952, pagg. 140 e 141). Quindi, il grado d'invalidità di un assicurato non può essere fondato sulla mera valutazione medica, bensì deve corrispondere al grado della sua incapacità al guadagno, tenuto conto di ogni attività che da lui ragionevolmente si può richiedere e delle possibilità di lavoro a lui aperte (cfr. SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss consid. 2b; RCC 1962, pag. 126).

2.4. Nel caso in esame, l'amministrazione ha incaricato la d.ssa _____, neurologa, di accertare nuovamente lo stato di salute dell'assicurato e l'eventuale incapacità lavorativa. Dal referto risulta che il perito ha tenuto conto del rapporto 27 marzo 2000 del dr. med. _____ (doc. AI _) in cui sono stati discussi i risultati delle MRI cerebrale e spinale. Il primo esame è stato eseguito il 6 dicembre 1999, ma non è stato comunicato al TCA davanti al quale era ancora pendente la precedente vertenza giudiziaria, il secondo il 31 gennaio 2000, dopo l'intimazione della STCA 4 gennaio 2000. Inoltre, come si vedrà nel prossimo considerando, la d.ssa _____ ha esaminato la problematica dell'ipertensione che è stata trattata medicalmente. In queste circostanze, dunque, l'amministrazione ha dato seguito agli accertamenti medici indicati nella prima sentenza cantonale. Nella perizia 5 ottobre 2000 la d.ssa _____ ha quindi posto la seguente diagnosi: " stato dopo insulto cerebrovascolare nel ginocchio della capsula interna sinistra il 4 giugno 1996 con iniziale lieve emisindrome sensitivo motorio destra, ipertensione arteriosa trattata medicalmente".

Discutendo gli atti medici contenuti nell'incarto, essa ha rilevato: " Non posso che sottolineare la concordanza tra gli specialisti riguardante l'esito degli esami: il dr. _____ ha trovato solo un minimo deficit nella funzionalità del mignolo della mano sinistra e non alterazione della sensibilità. La deambulazione non mostra asimmetria né deficit obiettivi e gli esami neuroradiologici confermano uno stato con minima insufficienza cerebrovascolare (ritenuta banale). In concordanza gli esami funzionali sensitivi sono risultati normali e motori solo una lieve asimmetria però non sul livello patologico marcato. Non ci sono dunque nuovi elementi che mi conducono a modificare le mie conclusioni del 4.3.98. Tra l'altro i mal di testa lamentati allora, sono finalmente scomparsi grazie alla medicazione antiipertensiva che avevo consigliato all'epoca. Lo stesso vale per i bloccaggi cervicali: il signor _____ non li verbalizza più. All'occasione dell'esame neurologico del dr. _____ aveva segnalato disturbi vertiginosi che il primario aveva interpretato di natura "psicogena". Di fatto ora accusa essenzialmente una pesantezza nella gamba sinistra. Visto quanto precede c'è una franca discrepanza tra lo stato clinico obiettivo, documentato dagli innumerevoli esami complementari e la pretesa inabilità lavorativa." (doc. AI _) ed ha quindi confermato, dal punto di vista neurologico, la conclusione peritale del 4 marzo 1998, vale a dire un'abilità del 70% nella professione di pittore edile .

2.5. L'assicurato contesta le risultanze della perizia, non ritenendo corretto che l'amministrazione abbia nuovamente incaricato la d.ssa _____ di valutare il suo stato di salute in quanto il primo referto è stato da lui criticato. Inoltre egli rileva come le valutazioni sul grado di capacità lavorativa divergono da quelle espresse dal dr. med. _____. L'assicurato ha infatti prodotto il rapporto 27 marzo 2001 in cui il menzionato sanitario, dopo aver esaminando le nuove MRI cerebrale e spinale, ritenute sostanzialmente nella norma (" La RM cerebrale di controllo ha evidenziato unicamente una microlesione nel talamo sin. residuale e una microlesione nella sostanza bianca frontale, reperto banale. I potenziali evocati motori non hanno

evidenziato una patologia sulle vie corticospinali di ds, i potenziali evocati somatosensoriali sono risultati normali. La RM spinale non ha evidenziato elementi per una compressione midollare, ma solo una lieve stenosi foraminale bilaterale a livello C5-6, asintomatica.", cfr. doc. _) ha concluso che: " Il bilancio clinico e l'approfondito bilancio paraclinico eseguito non evidenziano reperti tali da imporre una completa incapacità lavorativa. Mi rendo tuttavia conto del fatto che anche una minima disfunzione dell'arto sup. ds ev. associata a dolori alla spalla può rendere difficile, se non impossibile, la continuazione del lavoro di imbianchino e che anche l'insorgenza di vertigini di tipo psicogeno (come è il caso in questo paz.) possono penalizzarlo in modo enorme nel lavorare in altezza." (doc. _) Infine, dopo aver letto la risposta di causa, con scritto 18 maggio 2001 il dr. med. _____ ha evidenziato: " Ho letto la risposta dell'Istituto delle assicurazioni sociali al ricorso interposto da _____ e. Nel rapporto dell'Istituto, redatto in data 8.5.2001, il capo ufficio signor _____ e la giurista avv. _____, citano stralci del mio riassunto d'esame del 26.11.99 e 16.3.00 e concludono di mal comprendere come, data la lievità dei disturbi descritti, il sottoscritto possa ritenere l'attività d'imbianchino addirittura improponibile. Ora il sottoscritto nei suoi lunghi anni di intenso lavoro e nei suoi contatti sociali all'infuori del lavoro ha incontrato diversi imbianchini impediti nello svolgimento del loro lavoro per delle limitazioni in sè apparentemente non gravi all'arto dominante. Per mia esperienza qualsiasi limitazione anche moderata della funzione dell'arto destro in un paziente destrimane limita in modo rilevante la possibilità di esercitare un lavoro che impone l'uso costante dell'arto, sovente in posizioni disagiati. Limitazioni moderate favoriscono sovente dolori da sovraccarico, con i quali il lavoro può risultare assolutamente impossibile. I disturbi dei quali il paziente soffre sono di natura rilevante per il paziente per quanto concerne il suo lavoro di imbianchino. Ai problemi legati alla emisindrome destra si aggiunge nel signor _____ una vertigine di altezza di recente insorgenza che evidentemente mal si concilia con il lavoro di imbianchino. Gli scriventi sottolineano il mio rilievo secondo cui non vi sono disturbi di equilibrio significativi. Evidentemente ho esaminato il paziente in condizioni standard, ad altezza di pavimento, non l'ho fatto salire su una scala di 10 metri. So però anche per esperienza personale che le vertigini d'altezza sono una ben precisa realtà di cui si deve tener conto." (doc. _) 2.6. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare 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, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA 24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV10, p. 33ss.) , la nostra 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; ZAL 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc), cfr. U. Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht*, Zurigo 1997 p. 230). 2.7. Nel presente caso, dall'esame degli atti, questo TCA non può che conferire alla perizia della d.ssa _____ forza probatoria piena. Conformemente ai principi giurisprudenziali ricordati al considerando precedente, il referto è infatti completo, approfondito, chiaro nell'esposizione e logico nonché motivato nelle conclusioni. Infatti, dopo aver proceduto ad una dettagliata anamnesi ad un esame neurologico, tenendo anche conto del recente rapporto del dr. _____, il perito ha comunque ritenuto l'assicurato abile al 70% nella precedente attività lucrativa di imbianchino. Orbene, sostanzialmente la valutazione neurologica del dr. _____ e della d.ssa _____ concordano, in particolare per quel che concerne i disturbi definiti comunemente di lieve entità. Ciò che diverge è la valutazione dell'incapacità lavorativa. Seppur il neurologo curante abbia escluso una piena incapacità lavorativa, egli ha non ha quantificato tale percentuale. Il dr. _____ ha sostenuto una possibile enorme penalizzazione nel lavorare in altezza riconducibile all'insorgenza di vertigini, definite di natura psicogena (cfr. rapporto 16 marzo 2000, doc. AI _). Al momento della visita peritale queste vertigini non sono state più riscontrate ("All'occasione dell'esame neurologico del Dr. _____ aveva segnalato disturbi vertiginosi che il primario aveva interpretato di natura "psicogena". Di fatto ora (l'assicurato, ndr) accusa essenzialmente una pesantezza nella gamba sinistra"). Oltre a questo il perito ha anche puntualizzato che "c'è una franca discrepanza tra lo stato clinico obbiettivo, documentato dagli innumerevoli esami complementari e la pretesa inabilità lavorativa." (doc. _ pag. 6). Non solo, ma rispetto alla perizia del 1998, la neurologa ha accertato un miglioramento dello stato di salute, rilevando che: "tra l'altro i mal di testa lamentati allora, sono finalmente scomparsi grazie alla medicamentazione antiipertensiva che avevo consigliato all'epoca. Lo stesso vale per i bloccaggi cervicale: il signor _____ non li verbalizza più" (doc. _ pag. 6) In conclusione, sulla base della perizia della d.ssa _____, cui è da attribuire valore probatorio pieno, è da ritenere dimostrato, secondo il principio della verosimiglianza preponderante vigente nel campo delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 121 V 208 consid. 6a; DTF 115 V 142 consid. 8b; SVR 1996 Nr. 85 pag. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 pag. 263ss RAMI 1994 pag. 210/211), che l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa, e di riflesso, un'incapacità al guadagno del 30%. Non raggiungendo l'invalidità di _____ il minimo pensionabile (40%), l'amministrazione rettamente ha rifiutato la richiesta di prestazioni. In queste circostanze, dunque, la decisione dell'UAI è corretta e merita conferma. 2.8. L'assicurato ha chiesto di essere peritato presso "un centro abilitato" (doc. _). Innanzitutto va ricordato che il TFA ha precisato che, nell'ipotesi in cui si tratti di una lite in materia di prestazioni, dall'art. 4 CF rispettivamente 6 CEDU, non può essere dedotto il diritto di essere sottoposto ad una perizia medica esterna (DTF 122 V 157). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria

decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In tale ambito, il fatto che la d.ssa _____ sia stata nuovamente chiamata a redigere un referto non toglie nulla all'imparzialità e all'attendibilità dell'atto peritale in discussione. Del resto non deve essere dimenticato che nella precedente procedura è stata proprio lei a suggerire di espletare dei nuovi accertamenti. Pertanto non può essere argomentato che la scelta dell'UAI non sia stata corretta. Inoltre l'erezione di una nuova perizia non è necessaria, poiché la documentazione agli atti è sufficiente per poter emettere un giudizio. Infatti, 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 (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove. Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito (DTF 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso é respinto . 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Adligenswilerstrasse 24, 6006 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente II
segretario Raffaele Guffi Fabio Zocchetti

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