

TI_GERICHTE 32.2006.107 vom 30. Juni 2004

TI Tribunale d'appello, 2004-06-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2006.107_d20040630

FR: TI_GERICHTE 32.2006.107 du 30 juin 2004

IT: TI_GERICHTE 32.2006.107 del 30 giugno 2004

Regeste

Domanda AI. Confermata la perizia e il complemento del reumatologo sulla base dei quali a ragione l'Ufficio AI ha riconosciuto all'A. il diritto a una mezza rendita dal 1° marzo al 30 giugno 2004, a una rendita intera dal 1° luglio 2004 al 31 gennaio 2005 e a una mezza rendita dal 1° febbraio 2005.

Erwägungen

E. 14

settembre 2005 (doc. AI 56/1-4) l'assicurato aveva chiesto "(...) di essere sottoposto ad una seconda visita peritale presso un reumatologo scelto da questo Ufficio anche fuori cantone (...) [e] di essere sentito in presenza dell'infrascritto patrocinatore (...) " (doc. AI 56/4). L'Ufficio AI – senza sentirlo personalmente e avvalendosi delle annotazioni 29 settembre 2005 del dr. _____ (doc. AI 59/1-2), medico SMR a cui è stata sottoposta la documentazione medica prodotta con l'opposizione – con la decisione impugnata ha confermato la decisione 12 agosto 2005 e respinto l'opposizione (doc. AI 64/1-6). In sede di ricorso, l'assicurato ha censurato il modo di procedere dell'Ufficio AI (in sostanza egli ha contestato il mancato approfondimento medico richiesto e ritenuto sommario il riesame da parte del medico SMR che non lo ha neppure visitato) sostenendo di essere stato leso nel suo diritto di essere sentito. Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 127 V 431, 127 I 56, 126 V 130; cfr., riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16, 124 V 181 e 375 con riferimenti). Per giurisprudenza federale il diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. non implica il diritto di esprimersi oralmente bensì quello di prendere posizione per iscritto (Pratique VSI 2003 Nr. 97 pag. 520; STFA 13 novembre 2002 [4P.195/2002]; Pratique VSI 1993 pag. 42; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2003, pag. 450; DTF 127 V 494, 125 I 219, 122 II 469), eccezion fatta per i casi in cui una norma scritta prevede espressamente il diritto ad una audizione orale (Pra 2003 Nr. 97 pag. 520). Ai sensi dell'art. 42 LPGA le parti hanno diritto di essere sentite e le stesse non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. Il nuovo art. 57 a seconda frase LAI, entrato in vigore il 1° luglio 2006, rinvia direttamente all'art. 42 LPGA. In merito all'eventuale obbligo da parte dell'amministrazione di convocare l'assicurato, il TFA, con sentenza del 20 settembre 2005 (C 128/04) in ambito dell'assicurazione contro la disoccupazione, ha stabilito che: " 1.2 Art. 29 Abs. 2 BV räumt

kein Recht auf mündliche Anhörung ein, sondern beschränkt den Gehörsanspruch auf schriftliche Stellungnahmen (Pra 2003 Nr. 97 S. 520 Erw. 2.6; Urteil W. des Bundesgerichts vom 13. November 2002, 4P.195/2002; vgl. BGE 125 I 219 Erw. 9b sowie AHI 1993 S. 41 Erw. 3b betreffend Art. 4 aBV), es sei denn, ein Erlass gäbe ausdrücklich das Recht auf eine mündliche Anhörung (vgl. Pra 2003 Nr. 97 S. 520 Erw. 2.6). Art. 42 ATSG sieht mündliche Anhörungen im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht ausdrücklich vor und auch aufgrund des VwVG oder des AVIG ergibt sich kein explizit erwähntes Recht auf eine mündliche Anhörung." (la sottolineatura è del redattore) Pertanto, il TFA non prevede espressamente il diritto di essere ascoltato oralmente nell'ambito della procedura in materia di assicurazioni sociali. Tale concetto è stato recentemente confermato dall'Alta Corte nella sentenza del 30 giugno 2006, pubblicata in DTF 132 V 368s, concernente una vertenza AI, in particolare al consid. 4. Secondo il TFA, ai fini degli accertamenti istruttori, l'amministrazione può comunque sempre avvalersi dell'audizione dell'assicurato (DTF 132 V 374 consid. 5). Nel caso in esame, l'Ufficio AI non ha ritenuto necessario sentire oralmente l'assicurato, giudicando la documentazione raccolta sufficiente per emettere la decisione contestata. In particolare, viste le annotazioni 29 settembre 2005 (doc. AI 59/1-2) – nelle quali il dr. _____ ha concluso che "(...) i certificati medici inoltrati in fase di opposizione non modificano le diagnosi anteriori, né i limiti funzionali già stabiliti con precisione nella perizia reumatologica del dr. _____ (...) (doc. AI 59/2) – il rifiuto di una seconda perizia a cura di un altro reumatologo non necessitava di ulteriori motivazioni da parte dell'Ufficio AI (cfr. in questo senso, anche se riferita ad un'autorità giudiziaria, la STFA del 27 gennaio 2007 nella causa M., U 397/05, consid. 3.3). Del resto, in sede di ricorso l'assicurato ha potuto far valere le proprie ragioni innanzi a un'autorità giudiziaria che gode del pieno potere cognitivo. Per cui, l'eventuale violazione del diritto di essere sentito è stata comunque sanata in questa sede, dove il ricorrente ha nuovamente ribadito le proprie motivazioni (sulla sanatoria della violazione del diritto di essere sentito di poco conto da parte dell'istanza di ricorso avente pieno potere cognitivo cfr., ad esempio, DTF 132 V 390 consid. 5) Nel merito 2.3. Oggetto del contendere è sapere se il ricorrente, ritenuto inabile nella sua precedente attività di tipografo indipendente al 50% dal 27 marzo 2002 al 30 aprile 2004 (giorno della frattura alla caviglia sinistra), al 100% dal 30 aprile al 12 ottobre 2004 (durante la fase del consolidamento della frattura menzionata) e al 67% dal 13 ottobre 2004, sia da considerare totalmente abile in un'attività leggera adeguata, con conseguente diritto a una mezza rendita dal 1° marzo 2003 al 30 giugno 2004, a una rendita intera dal 1° luglio 2004 al 31 gennaio 2005 e a una mezza rendita dal 1° febbraio 2005 (cfr. art. 29 LAI e 88a OAI). Il ricorrente contesta una tale capacità lavorativa e, senza meglio specificare, postula il diritto a "(...) una rendita intera considerato che il suo grado d'invalidità è sicuramente superiore al 66 2/3% (...)" (doc. 56/3-4). 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, 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 (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, 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%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. 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 ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'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). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313).

2.5. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I 299/03). L'art.

E. 17

LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). 2.6. Nell'evenienza concreta, nelle annotazioni 22 luglio 2004, il dr. _____, presa in considerazione la documentazione medica acquisita durante l'istruttoria amministrativa, ha concluso che "(...) per poter giudicare il grado di inabilità lavorativa nella sua professione e l'esigibilità di altre attività, è necessario praticare una perizia reumatologica (...)"(doc. AI 27/1). L'Ufficio AI ha quindi ordinato una perizia a cura del dr. _____, FMH in reumatologia (doc. AI 28/1-2). Il dr. _____, nella perizia reumatologica 15 settembre 2004 (doc. AI 32/1-8), ha posto la diagnosi di: " Cervicobrachialgia cronica aspecifica a sinistra in - disturbi del rachide - decondizionamento muscolare Gonalgie bilaterali, - incipiente gonartrosi a sinistra, -

valgismo bilaterale Esito da osteosintesi della caviglia sinistra il 30 aprile 2004 Obesità (peso 110 kg/statura 168 cm)" (doc. AI 32/7) Circa le conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione il perito si è così espresso: " (...) Come indicato sopra, il caso non è sufficientemente documentato per permettermi di giudicare quali siano le riserve terapeutiche atte a migliorare lo stato di salute dell'assicurato e di conseguenza la capacità lavorativa. Per lo stesso motivo una valutazione della capacità lavorativa nell'ultima attività principale di tipografo, come pure in un'attività adatta, al momento, non è possibile. Consiglio dunque di voler sottoporre l'assicurato a: - Consulto neurologico con esame strumentale elettrofisiologico - Artro-RM della spalla sinistra - Radiografie convenzionali della colonna lombare e risonanza magnetica della colonna lombare Contemporaneamente bisognerà chiedere all'ortopedico curante se la frattura subita nell'aprile 2004, dal lato oggettivo, può essere considerata guarita e se in merito vi siano dei limiti di carico. Importante sarebbe inoltre disporre di un mansionario dettagliato riguardante l'ultima attività eseguita dall'assicurato, che dovrebbe contenere le posizioni di lavoro (per quanto tempo, a che frequenza) ed i carichi sollevati durante lo stesso, onde poter valutare accuratamente la capacità lavorativa residua come tipografo. (...)." (doc. AI 32/7-8) L'Ufficio AI, esperite le indagini indicate dal dr. _____, ha trasmesso allo specialista i diversi rapporti degli esami richiesti e gli ha domandato di completare la perizia (doc. AI 39/1). Con rapporto 17 gennaio 2005 (doc. AI 41/1-2) il perito ha concluso che: " (...) Sulla base della mia perizia e delle informazioni complementari ora ottenute, non ho da proporre misure terapeutiche che potrebbero modificare la mia valutazione della capacità lavorativa sottomenzionata. Come lavoro idoneo allo stato di salute dell'assicurato, giudico un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale residua descritta nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, a partire dal 27.3.2002. L'inabilità lavorativa completa è giustificata dal 30.4.2004 fino al 12.10.2004, durante la fase di consolidamento della frattura della caviglia sinistra. Nella sua ultima attività lavorativa principale di tipografo, lavoro svolto con le spalle in flessione prevalentemente in posizione eretta, con anteflessione del tronco, con carichi anche superiori a quelli indicati, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 50% a partire dal 27.3.2002 fino al 30.4.2004, giorno della frattura alla caviglia sinistra. Dal 30.4.2004 fino al 12.10.2004, durante la fase di consolidamento della frattura menzionata, l'assicurato è inabile al lavoro al 100%. A partire dal 13.10.2004, come tipografo, l'assicurato è abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con riduzione del rendimento nella misura dei 2/3, visto che può rimanere in posizione eretta soltanto limitatamente. (...)." (doc. AI 41/1) Nella scheda di funzionalità (doc. AI 41/3) lo stesso perito ha indicato: A Sollevamento e/o Trasporto di carichi (kg) molto leggeri (fino a 5) " nulla " esigua " molto ridotta " ridotta " lievemente ridotta x normale leggeri (6 --> 10) " nulla " esigua " molto ridotta " ridotta " lievemente ridotta x normale medi (11 --> 25) " nulla " esigua " molto ridotta " ridotta x lievemente ridotta " normale pesanti (26 --> 45) " nulla x esigua " molto ridotta " ridotta " lievemente ridotta " normale molto pesanti (> 45) x nulla " esigua " molto ridotta " ridotta " lievemente ridotta " normale sopra piano spalle (≤ 5) " nulla " esigua " molto ridotta " ridotta " lievemente ridotta x normale sopra piano spalle (> 5) " nulla " esigua " molto ridotta x ridotta " lievemente ridotta " normale B Manipolazione di oggetti, attrezzi, pulsantiere leggeri / di precisione " nulla " esigua " molto ridotta " ridotta " lievemente ridotta x normale medi " nulla " esigua " molto ridotta " ridotta " lievemente ridotta x normale

pesanti/manovalanza " nulla " esigua " molto ridotta x ridotta " lievemente ridotta " normale
molto pesanti " nulla " esigua x molto ridotta " ridotta " lievemente ridotta " normale
rotazione della mano " nulla " esigua " molto ridotta " ridotta " lievemente ridotta x normale
C Posizioni di lavoro o Dinamiche particolari a braccia elevate " nulla " esigua " molto
ridotta x ridotta " lievemente ridotta " normale con rotazione " nulla " esigua " molto ridotta "
ridotta x lievemente ridotta " normale seduta e piegata in avanti " nulla " esigua " molto
ridotta " ridotta x lievemente ridotta " normale eretta e piegata in avanti " nulla " esigua "
molto ridotta " ridotta x lievemente ridotta " normale Inginocchiata " nulla " esigua " molto
ridotta " ridotta x lievemente ridotta " normale con ginocchia in flessione " nulla " esigua "
molto ridotta " ridotta " lievemente ridotta x normale D Mantenere Posizioni statiche seduta
" nulla " esigua " molto ridotta x ridotta " lievemente ridotta " normale eretta " nulla " esigua
" molto ridotta x ridotta " lievemente ridotta " normale E Spostarsi / Camminare fino a 50 m
" nulla " esigua " molto ridotta " ridotta " lievemente ridotta x normale oltre 50 m " nulla "
esigua " molto ridotta " ridotta " lievemente ridotta x normale per lunghi tragitti " nulla "
esigua " molto ridotta x ridotta " lievemente ridotta " normale su terreno accidentato " nulla "
esigua " molto ridotta x ridotta " lievemente ridotta " normale salire / scendere scale " nulla "
esigua " molto ridotta " ridotta x lievemente ridotta " normale Idem ponteggi, scale a " nulla
" esigua " molto ridotta x ridotta " lievemente ridotta " normale pioli F Diversi impiego delle
due mani " impossibile " possibile solo in parte x possibile normalmente In equilibrio /
bilanciandosi " impossibile x possibile solo in parte " possibile normalmente G Esposizioni
particolari indicazioni /controindicazioni Il dr. _____, nel suo rapporto medico 20
gennaio 2005 (doc. AI 42/1-2), posta la diagnosi principale di: " Cervicobrachialgia cronica
aspecifica a sin in - note alterazioni degenerative della colonna cervicale (piccola ernia
discale medio-laterale a sinistra a livello C7-D1 a contatto della radice C8 a sinistra,
protusioni discali ai livelli C3-C4, C4-C5, C5-C6 e C6-C7, uncartrosi con spondilosi
anteriore e posteriore a questi livelli Sindrome lombospondilogeno bilaterale cronica in -
disturbi statici del rachide - decondizionamento muscolare Gonalgie bilaterali - incipiente
gonartrosi a sinistra, - valgismo bilaterale Esito da osteosintesi della caviglia sinistra (30
aprile 2004) Obesità (BMI 39)" ritenuti i seguenti limiti funzionali: " Limitazione della
mobilità del braccio sinistro Difficoltà di deambulazione Limitazione della mobilità della
colonna vertebrale" e considerati i gradi di capacità lavorativa nella sua precedente attività
di tipografo e in un'attività adeguata stabiliti dal perito, ha posto la seguente
raccomandazione: "(...) come lavoro idoneo allo stato di salute dell'A, bisogna prendere in
considerazione un'attività che tenga pienamente conto della capacità funzionale descritta
nell'allegato al rapporto medico del dr. _____ del 17.05.2005 [ndr. recte: 16.01.2005]
(...)" (doc. AI 42/2). Il dr. _____, FMH in neurologia – dopo aver concluso, con
rapporto 21 dicembre 2004 indirizzato al dr. _____ (doc. AI 36/10-11), che "(...) il
problema neurologico è tutto sommato relativamente contenuto. I sintomi maggiormente
invalidanti del paziente con dolori alla spalla sinistra e a livello della colonna cervicale e
lombare, in parte provocabili alla pressione locale e ai movimenti passivi della spalla, oltre
ai disturbi alla caviglia sinistra dovuti ad una frattura avvenuta nella primavera di
quest'anno, sono in ambito ortopedico-reumatologico. Lascio a te comunque valutare
ulteriormente questi aspetti (...)" (doc. AI 36/11) – nel suo rapporto 25 gennaio 2005 ha
espresso la seguente conclusione e valutazione: " (...) Quale nuovo elemento rispetto alla
mia precedente valutazione il paziente presenta ora deficit di sensibilità all'incirca nel
territorio C8 a sinistra con un lieve deficit motorio. Questo potrebbe essere dovuto ad una
sindrome radicolare C8 a sinistra, spiegabile con una piccola ernia discale a livello C7-Th1

a sinistra evidenziata già ad una RM cervicale eseguita nel 2003. Si tratta per ora di una sintomatologia relativamente contenuta per cui attenderei con misure diagnostiche o terapeutiche più aggressive. Quale primo passo ho prescritto al paziente Arthrotec 50 mg da assumere per circa due settimane così da ridurre la componente infiammatoria cervicale. Visto il diabete mellito concomitante ho preferito per ora rinunciare alla somministrazione di corticosteroidi. Se i sintomi non dovessero progressivamente migliorare ho concordato con il paziente che mi ricontatterà nel qual caso si dovrà eventualmente prevedere una RM cervicale di controllo, per ora non sono sicuramente indicate misure chirurgiche (...)." (doc. AI 45/1-2) Al riguardo, nelle annotazioni 1° febbraio 2005, il dr. _____ ha concluso che "(...) attualmente il lieve peggioramento osservato dal punto di vista neurologico non è tale da giustificare una modifica delle IL certificate nel mio precedente rapporto del 20.01.2005 (...)" (doc. AI 46/1) L'amministrazione ha quindi raccolto un parere della Consulente in integrazione professionale (CIP) la quale, nel rapporto finale 26 aprile 2005 (doc. AI 50/1-3), si è così espressa: " (...) Stato di salute - danno alla salute e relativi impedimenti, osservazioni generali, limitazioni In sintesi, stando ai dati medico teorici contenuti nell'incarto (proposta del medico SMR _____ del 20.1.2005 e del 1.2.2005), si tratta di un assicurato 59enne che a causa di <cervicobrachialgia cronica specifica a sinistra, sindrome lombospondilogenica bilaterale cronica, gonalgie bilaterali, esito da osteosintesi della caviglia sinistra (30.4.2004) e obesità> risulta essere limitato nella mobilità del braccio sinistro, nella mobilità della colonna lombare ed ha difficoltà nella deambulazione. In conclusione, dal 13.10.2004 l'A. è abile nella misura del 33% (diminuzione del rendimento) nell'attività di tipografo, mentre a partire dal 27.3.2002 vi è un'abilità completa in un'attività adatta allo stato di salute. Formazione scolastica e professionale - grado raggiunto (elementari, medie, ecc.), durata, mansioni, specializzazioni, retribuzioni Il signor RI 1 ha frequentato le scuole dell'obbligo in _____ ed ha svolto l'accademia di musica a _____. In seguito ha lavorato in una piccola tipografia del _____ e, giunto in Svizzera nel 1969, come stampatore-impressore presso diverse tipografie del _____. Dal 1978 al 1990 è stato docente per la scuola di _____ di _____. Dal 1990 al 2003 ha svolto l'attività di tipografo indipendente a _____: a seguito del danno alla salute ha lavorato al 50% dal 27.3.2002, ha concluso la cessione della tipografia a dicembre del 2003 e da quel momento non esercita più alcuna attività lavorativa. L'A. impartisce occasionalmente lezioni di fisarmonica. Dati salariali: Secondo gli elementi della tassazione, nel biennio 2001/2002 figura un reddito aziendale di fr. 92000.- nell'attività di tipografo indipendente. Verbale del primo colloquio - progetti, idee, proposte, ecc. Ho incontrato l'A. per un colloquio il 4.4.2005; è stato convenientemente informato sulle prestazioni AI e sui vari criteri di assegnazione. Attività esigibili - senza (ri)formazione specifica Il signor RI 1 ha un diploma di scuola di musica ed è professionalmente qualificato quale tipografo. Infatti, ha operato per oltre 10 anni come docente presso una scuola privata di musica (fisarmonica e tastiera) e per quasi 30 anni come tipografo, potendo acquisire delle ottime conoscenze musicali, delle competenze professionali legate alla tipografia e delle capacità di operare nell'ambito anche a livello indipendente. Stando ai dati medico teorici, lo stato di salute attuale non permette all'A. di continuare a svolgere la sua attività in misura superiore al 33%, mentre in attività adeguate che rispettano le limitazioni funzionali, l'A. risulta essere abile in misura completa. A mio modo di vedere, anche l'attività di docente di fisarmonica e tastiera non può più entrare in linea di conto, in quanto l'A. non riesce più a suonare gli strumenti a causa dei limiti funzionali e per questo motivo può impartire solo lezioni teoriche. Inoltre,

in Ticino non sussistono sufficienti posti di lavoro per costituire un mercato in questo ambito. Tenuto conto dell'età professionale avanzata e dell'esperienza specifica nell'ambito della tipografia e della musica, non è possibile prendere in considerazione l'inserimento dell'A. in altre attività qualificate sul mercato libero del lavoro, perché non potrebbe acquisire in tempi ragionevoli le competenze professionali necessarie. Considerate le conseguenze fisico-funzionali dovute al danno alla salute, si ritiene l'A. integrabile sul mercato libero del lavoro solo in attività non qualificate e leggere, come per esempio quelle di spedizioniere, magazziniere, custode, venditore, oppure un'attività legata ai Servizi (archivio, distribuzione posta, economato,...). Calcolo CGR - senza (ri)formazione specifica

Considerando un reddito ipotetico di fr. 92000, una capacità di lavoro residua del 100% e applicando una riduzione del 25% per attività leggera e scarsa adattabilità dovuta alle limitazioni funzionali ed all'età professionale avanzata, secondo le statistiche RSS teoriche (4° rango e 2° quartile), risulta un reddito da invalido di fr. 39425 e una capacità di guadagno residua del 42,85%. Proposte formative (eventuali) o di chiusura del caso

In questa situazione, il percorso socio professionale dell'A. unitamente al danno alla salute, non permettono di proporre provvedimenti professionali volti al sostanziale incremento della capacità di guadagno residua. (...)." (doc. AI 50/1-3) Con decisioni 12 agosto 2005 l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato il diritto a una mezza rendita dal 1° marzo 2003 al 30 giugno 2004, a una rendita intera dal 1° luglio 2004 al 31 gennaio 2005 e a una mezza rendita dal 1° febbraio 2005 (doc. AI 53/1-3, 54/1-2 e 55/1-2). Il dr. _____, FMH in medicina generale, nel suo certificato 6 settembre 2005 ha affermato: " (...) Con il presente appoggio la domanda di ricorso inoltrata dal mio paziente verso la vostra decisione rispetto alla concessione di una rendita AI. In particolare vorrei attirare la vostra attenzione sulla patologia della caviglia sinistra che costituisce di per sé un grave handicap ad un lavoro che necessita di stare diverso tempo in piedi e diversi spostamenti. La caviglia si gonfia quasi subito ed è estremamente dolorosa. Non vorrei però dimenticare la periartropatia alla spalle e la spondiloartrosi. Ritengo indicato a questo proposito una seconda visita peritale da un collega reumatologo di vostra fiducia (non c/o il collega _____) anche fuori cantone alla quale il paziente è assolutamente d'accordo di sottoporsi. (...)." (doc. AI 56/5) Il dr. _____, nel certificato medico 2 settembre 2005 da lui sottoscritto e rilasciato dalla _____ reparto di chirurgia ortopedica e ortopedia, ha attestato che: " (...) Il paziente è stato sottoposto a osteosintesi della tibia distale e malleolo laterale in data 30.4.2004. Si era trattato di una frattura della tibia distale e del malleolo laterale di tipo trimalleolare lussata. La ferita postero-laterale aveva stentato a cicatrizzare e per lungo tempo aveva dovuto medicarla ed essere regolarmente controllato. Ora presenta una caviglia molto ingrossata e deformata con gonfiore perimalleolare sia mediale che laterale. La cicatrice mediale non presenta irritazione mentre quella laterale arrossata e molto sensibile al tatto. La mobilità della caviglia è limitata con una flessione anteriore di circa 25° e una dorsale di 5°. Legamenti stabili. Le RX fatte in data odierna mostrano invariata la posizione dei mezzi di sintesi sia al perone che alla tibia. Presenza di ossificazioni e calcificazioni periarticolari. Segni di iniziale osteonecrosi a livello dell'astragalo in sede apicale mediale. Il paziente lamenta dolori e disturbi sia durante la deambulazione come se deve stare a lungo in piedi e alla sera il piede e la caviglia sono sempre gonfi. Naturalmente è impossibile che eserciti qualsiasi attività dove deve camminare o stare a lungo in piedi. Anche le attività da seduto devono essere limitate ad un massimo di 3-4 ore con intervalli dove si può alzare e camminare. Deve portare un gambaletto elastico per l'edema ed effettuare regolarmente gli esercizi di immobilizzazione della caviglia. Per quanto riguarda una prognosi per il futuro certamente

ci si può aspettare un peggioramento sia dei dolori che un'ulteriore riduzione della mobilità della caviglia. (...)." (doc. AI 56/6-7) Al riguardo, nelle annotazioni 29 settembre 2005, il dr. _____ ha osservato: " (...) Nel suo certificato, il Dr _____ ricorda la patologia a livello della caviglia sinistra "che costituisce di per sé un grave handicap ad un lavoro che necessita di stare diverso tempo in piedi e diversi spostamenti. La caviglia si gonfia quasi subito ed è estremamente dolorosa." Nella sua perizia reumatologica del 15.09.2004, con complemento del 17.05.2005. il Dr. _____ aveva potuto valutare lo stato della caviglia sin. 5 mesi dopo la frattura di questa articolazione. A questo momento la caviglia era diffusamente tumefatta, in esito di osteosintesi, difficilmente valutabile all'esame funzionale, flessione/estensione della caviglia sinistra paragonabile a quella di destra, con dolori a fine di corsa. Nella sua valutazione della CL residua, il medico aveva già preso in considerazione le limitazioni concernente il mantenimento di posizioni statiche e la necessità di spostarsi e camminare. I limiti funzionali da lui ritenuti corrispondono ai percentuali di IL attestati. Inoltre il Dr. _____ rammenta "la periartropatia alle spalle e la spondilartrosi" Non vengono descritti le limitazioni funzionali da parte del MC, in rapporto a queste patologie. Nella sua perizia, il Dr. _____, alla luce dell'esame clinico e di esami radiologici complementari (artro-RM della spalla sin, radiografie convenzionali e RM della colonna lombare) aveva determinato le limitazioni funzionali nel sollevamento/trasporto di carichi, la manipolazione di oggetti, attrezzi, pulsantiera, le posizioni di lavoro o dinamiche particolari ed il mantenimento di posizioni statiche. Ciò aveva quindi permesso di fissare con precisione le percentuali di IL. Il certificato del Dr _____ concorda sostanzialmente con quanto detto dal perito Dr. _____ per quello che concerne lo stato clinico a livello della caviglia sin e le limitazioni funzionali. In conclusione, i certificati medici inoltrati in fase di opposizione non modificano le diagnosi anteriori, né i limiti funzionali già stabiliti con precisione nella perizia reumatologica del Dr. _____. La nostra precedente valutazione non viene modificata. Non sono necessari ulteriori accertamenti medici. (...)." (doc. AI 59/1-2) Con lettera 21 giugno 2006 l'assicurato ha trasmesso al TCA lo scritto 16 giugno 2006 nel quale il dr. _____ si è così espresso: " (...) Con il presente certificato che lo stato di salute del mio paziente sopraccitato è notevolmente peggiorato rispetto alla fine del 2005 in particolare alla colonna lombosacrale con irradiazione dei sintomi alle gambe con formicolio sempre più frequente; i dolori sono presenti alla flessione e quando si alza da una sedia o da un letto. Netto peggioramento dei dolori alle due spalle soprattutto alla destra all'elevazione del braccio e della rotazione. Questa accentuazione della sintomatologia si sta manifestando malgrado una drastica riduzione del peso corporeo di circa 18 kg con una normalizzazione delle glicemia. (...)" (doc. B) 2.7. Affinché 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 (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; 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 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). 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). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; 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; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Inoltre, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Infine, va rilevato 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 psicosociale 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 inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124; STFA del 12 marzo 2004, I 683/03 pubblicata in DTF 130 V 352 e STFA inedita del 23 settembre 2004, I 384/04). 2.8. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è giunto il dr. _____, medico SMR, il quale ha compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alle percentuali di incapacità lavorativa nei diversi periodi nella sua precedente attività di tipografo indipendente (50% dal 27 marzo 2002 al 30 aprile 2004; 100% dal 30 aprile al 12 ottobre 2004 e 67% dal 13 ottobre 2004 [doc. AI 41/1]) e alla sua capacità totale in un'attività adeguata, che rispetti le limitazioni poste dal dr. _____, da marzo 2002. Infatti, il dr. _____, nel suo complemento peritale 17 gennaio 2005, sulla base delle informazioni complementari richieste e ottenute dall'Ufficio AI e ritenuti i limiti funzionali posti, ha concluso che "(...) come lavoro idoneo allo stato di salute dell'assicurato, giudico un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale residua descritta nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100%, a partire dal 27.2.2002. L'inabilità lavorativa completa è giustificata dal 30.4.2004 fino al 12.10.2004, durante la fase di consolidamento della frattura della caviglia sinistra (...)” (doc. AI 41/1, la sottolineatura è del redattore). Dal canto suo il dr. _____, a prescindere dalle considerazioni generali che si impongono sul tema dell'attendibilità delle certificazioni dei medici di fiducia degli assicurati (cfr. in proposito consid. 2.7), nel certificato 6 settembre 2005, non si è espresso chiaramente sulla capacità lavorativa dell'assicurato limitandosi a sostenere, in modo del tutto generico, che la patologia della caviglia sinistra "(...) costituisce di per sé un grave handicap ad un lavoro che necessita di stare diverso tempo in piedi e diversi spostamenti. La caviglia si gonfia quasi subito ed è estremamente dolorosa (...)” ed a ricordare che il suo paziente è affetto anche da una "(...) periartropatia alle spalle (...)” e da una "(...) spondiloartrosi (...)” (doc. 56/5). Lo stesso medico, anche nello scritto 16 giugno 2006 (doc. B, sopra riprodotto in esteso), non si è espresso chiaramente sulla capacità lavorativa e, senza ulteriori documentazioni, ha attestato uno stato di salute "(...) notevolmente peggiorato rispetto alla fine del 2005 (...)” senza neppure precisare da quando esattamente. Va qui ricordato che il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui essa è stata resa; cfr. DTF 130 V 140, 129 V 4, 121 V 366 consid. 1b). Il dr.

_____ , nel suo certificato medico 2 settembre 2005, non ha evidenziato delle limitazioni funzionali diverse rispetto a quelle considerate dal dr. _____ nella sua scheda di funzionalità 16 gennaio 2005 (doc. AI 41/3). Egli ha infatti confermato che “(...) il paziente lamenta dolori e disturbi sia durante la deambulazione come se deve stare a lungo in piedi e alla sera il piede e la caviglia sono sempre gonfi. Naturalmente è impossibile che eserciti qualsiasi attività dove deve camminare o stare a lungo in piedi. Anche le attività da seduto devono essere limitate ad un massimo di 3-4 ore con intervalli dove si può alzare e camminare. Deve portare un gambaletto elastico per l’edema ed effettuare regolarmente gli esercizi di immobilizzazione della caviglia (...)” (doc. AI 56/6-7). Anche il dr. _____ , nelle sue annotazioni 29 settembre 2005, ha rilevato che “(...) il certificato del Dr. _____ concorda sostanzialmente con quanto detto dal perito Dr. _____ per quello che concerne lo stato clinico a livello della caviglia sin e le limitazioni funzionali (...)” (doc. AI 59/1). Per quanto riguarda gli aspetti neurologici, il dr. _____ non ha mai attestato una incapacità lavorativa dell’assicurato (doc. AI 36/10-11 e 45/1-2) e, visto il rapporto 25 gennaio 2005, il dr. _____ ha concluso che “(...) attualmente il lieve peggioramento osservato dal punto di vista neurologico non è tale da giustificare una modifica delle IL certificate nel mio precedente rapporto 20.01.2005 (...)” (doc. AI 46/1). Va qui ricordato che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell’occasione l’Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: “ (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)” (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) Per quanto riguarda alla censura dell’assicurato che rimprovera al medico SMR di non averlo visitato personalmente, occorre rilevare che in ambito LAINF, il TFA ha precisato che i pareri redatti dai medici della _____ hanno pieno valore probatorio, anche quando essi si sono espressi unicamente in base agli atti, dunque senza visitare personalmente l’assicurato (cfr. STFA del 10 settembre 1998 nella causa R., U 143/98 e STFA del 2 luglio 1996 nella causa A., U 49/95). Analogamente, visto come il medico SMR si fonda su validi reperti medici di specialisti e sugli esiti di indagini svolte, bisogna concludere che la sua valutazione ha valore anche se non ha visitato il paziente. In conclusione, visto che – in attività rispettose dei limiti funzionali da lui posti (limiti, come visto sopra, condivisi anche dal dr. _____) – il dr. _____ , nel complemento peritale 17 gennaio 2005 (doc. 41/1-3), l’ha ritenuto abile al 100% in un lavoro adeguato e ritenuto che, secondo questa Corte, possono essere in concreto prese in

considerazione, quali attività adeguate, quelle professioni legate al settore dell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e di controllo, oppure al campo dei servizi, attività che non comportano aggravii fisici, con possibilità di cambiare frequentemente posizione (vedi al riguardo: STFA 7 dicembre 2006 nella causa G., I 535/05, consid. 4.4. e del 25 febbraio 2003 in re P., U 329/01, consid. 4.5 con riferimenti; cfr. anche RCC 1980 pag. 482 consid. 2. In questo senso anche la consulente in integrazione nel rapporto finale 26 aprile 2005 [doc. AI 50/1-3]), è a giusto titolo che l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad una mezza rendita dal 1° marzo 2003 al 30 giugno 2004, a una rendita intera dal 1° luglio 2004 al 31 gennaio 2005 e a una mezza rendita dal 1° febbraio 2005 (cfr. art. 29 LAI e art. 88a OAD). Si ricorda tuttavia al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento su opposizione in lite, il quale, sia nuovamente rilevato, delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.9. Nella misura in cui l'assicurato con il proprio ricorso, chiedendo l'accoglimento della sua opposizione 14 settembre 2005, postula l'effettuazione di una nuova perizia reumatologica il TCA osserva quanto segue. 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). Nel caso in esame, già si è detto che la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza. Né vi sono validi motivi per ritenere inaffidabili le certificazioni mediche citate nei considerandi precedenti. Non è pertanto necessario procedere ad un ulteriore accertamento medico giudiziario.

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