

## **TI\_GERICHTE 32.2006.214 vom 25. Oktober 2006**

TI Tribunale d'appello, 2006-10-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2006.214](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2006.214)

FR: TI\_GERICHTE 32.2006.214 du 25 octobre 2006

IT: TI\_GERICHTE 32.2006.214 del 25 ottobre 2006

### **Regeste**

Valutazione delle affezioni extra-infortunistiche. In casu non sussiste un danno alla salute psichica invalidante. Conferma della rendita temporanea

### **Erwägungen**

#### **E. 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 si 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). 2.3. 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 ex art. 17 LPGA (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). A sua volta, l'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137).

2.4. La nozione di invalidità in ambito AI coincide di massima con quella vigente in materia LAINF (e di assicurazione militare), motivo per cui la determinazione della stessa, anche se viene apprezzata indipendentemente dal singolo assicuratore sociale, addebitabile ad un medesimo danno alla salute, conduce in via generale ad un uguale tasso (DTF 127 V 135, 126 V 291, 119 V 470 consid. 2b con riferimenti). Il TFA ha quindi ribadito la funzione coordinatrice del concetto unitario dell'invalidità nei diversi settori delle assicurazioni sociali. Questo per evitare che, in presenza della medesima fattispecie, diversi assicuratori apprezzino in modo differente il grado d'incapacità al guadagno (DTF 131 V 120). Ciononostante, il singolo assicuratore non è tenuto ad assumere automaticamente il grado d'invalidità fissato da un altro assicuratore senza predisporre i propri accertamenti, dall'altra parte esso non può determinare il tasso dell'incapacità al guadagno totalmente indipendentemente da quanto già deciso da un altro assicuratore sociale, non essendo tuttavia escluse delle differenti valutazioni (DTF 127 V 135; 126 V 292, 119 V 471). In tal senso, in una sentenza del 26 luglio 2000, pubblicata in DTF 126 V 128ss (cfr. anche Pratique VSI 2001 pp. 79ss), l'Alta Corte ha avuto modo di precisare che quando un infortunio è l'unica causa dell'invalidità, l'AI deve in linea di principio attenersi alla valutazione dell'invalidità cresciuta in giudicato in ambito LAINF. Solo in casi eccezionali, in presenza di motivi pertinenti, può essere determinato un diverso grado d'invalidità, ritenuto che una valutazione diversa non basterebbe, neppure se fosse sostenibile o persino equivalente (DTF 131 V 123). In una decisione non pubblicata dell'8 luglio 1999 nella causa A.F. (U183/98), il TFA ha stabilito che l'assicuratore infortuni non deve scostarsi dalla valutazione dell'assicuratore AI, fintanto che quest'ultimo si fonda su un'istruzione approfondita, sia dal profilo medico che dal punto di vista professionale. Infine, gli organi dell'assicurazione invalidità non sono vincolati e devono scostarsi dalla valutazione dall'assicuratore infortuni, allorquando, ad esempio, quest'ultimo abbia tralasciato di operare un raffronto dei redditi (AHI-Praxis 1998 p. 170).

2.5. Nel caso in esame, durante l'istruttoria LAINF l'assicurato ha soggiornato presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ specializzata nel trattamento di dolori (doc. AI 17-4) e la Clinica di riabilitazione (\_\_\_\_\_) di \_\_\_\_\_ (doc. AI 3-13). Al termine degli accertamenti, con visita di chiusura 26 ottobre 2005 il medico di circondario della

\_\_\_\_\_, dr. \_\_\_\_\_, diagnosticati dolori neuropatici dopo importante contusione delle parti molli a livello del calcagno sinistro, ha concluso che l'assicurato può esercitare un'attività leggera adeguata (doc. AI 3). Dopo aver proceduto al consueto raffronto dei redditi, l'assicuratore LAINF, mediante decisione 1 giugno 2006 e confermata con decisione su opposizione 28 luglio 2006 (cresciuta in giudicato), ha determinato un grado d'invalidità del 17% (doc. AI 48). Con il presente ricorso l'assicurato sostiene che, contrariamente a quanto valutato dall'Ufficio AI, le affezioni extra-infortunistiche (dolori alla schiena e problematiche psicologiche) gli causano un'incapacità al guadagno duratura di grado pensionabile. Contemporaneamente egli ha prodotto diversa documentazione medica che è stata sottoposta al SMR per una presa di posizione. 2.6. Per quel che concerne la componente somatica, nella nota 28 dicembre 2006 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha giustamente evidenziato che, quale nuova patologia extra-infortunistica con possibile influsso sulla capacità lavorativa, risulta essere documentata una problematica discale a livello cervicale. Il 9 ottobre 2006 l'assicurato è stato sottoposto ad una risonanza magnetica della colonna cervicale con riscontro di ernia discale C6/7 intraforaminale destra con compressione diretta sulla radice C7 destra e componente lussata sulla radice C8 a destra (doc. 4 allegato IX). Va qui ricordato che, per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali esamina la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa, in casu il 25 ottobre 2005. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (cfr. DTF 130 V 138 consid. 2). Ritornando al caso in esame, seppur la problematica discale è stata accertata qualche settimana prima del 25 ottobre 2006, a mente del TCA, non vi sono indizi per ritenere che l'affezione in parola abbia causato, almeno sino all'emissione della decisione querelata, una rilevante e duratura incapacità lavorativa. Da una parte, nel certificato 30 novembre 2006 il medico curante aveva fatto presente che il paziente era in cura per un'ernia discale (doc. 2 allegato IX); dall'altra, in quello del 18 ottobre 2006 egli aveva attestato un'incapacità lavorativa limitatamente a 3-4 settimane (doc. D). Va poi rilevato che ai sensi dell'art. 88a cpv. 2 OAI in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, ai fini del diritto alle prestazioni, occorre tener conto del cambiamento determinante se lo stesso perdura almeno da tre mesi senza interruzione notevole. Pertanto, volendo in casu ammettere un rilevante aggravamento della situazione valetudinaria dovuto alla problematica delle schiena, gli effetti del peggioramento devono durare almeno tre mesi, quindi oltre il 25 ottobre 2006 (decisione contestata), motivo per cui non possono essere presi in considerazione nella presente procedura. Tuttavia, qualora l'evoluzione dell'ernia discale dovesse peggiorare in modo da compromettere la residua capacità lavorativa, il ricorrente potrà far valere l'eventuale peggioramento, debitamente comprovato da documentazione medica, in sede di nuova domanda di prestazione. Riguardo ai ripetuti attacchi di vertigine di probabile origine vestibolare, il SMR ha giustamente rilevato come nel certificato 15 novembre 2006 (successivo alla decisione contestata) del dr. \_\_\_\_\_ al medico curante non traspare una patologia invalidante. Il citato specialista ORL, dopo aver proceduto ad un esame vestibolare dall'esito negativo ("... ho eseguito un esame vestibolare completo non riuscendo ad identificare nessun deficit né residuo.."), ha rilevato che " non ho indizi per patologie importanti, potrebbe malgrado tutto trattarsi solamente di vertigini posizionali anche se non sono riuscito a provarle". Lo specialista, infine, ha fatto presente di vedere l'assicurato fra un mese e se " il quadro dovesse rimanere poco chiaro valuterò se eseguire una risonanza magnetica" (doc. F). Non avendo il ricorrente prodotto ulteriore

documentazione al riguardo, si può presumere che questi disturbi non si sono susseguiti oppure non hanno originato una patologia invalidante. Se tuttavia ciò fosse stato invece il caso, come già detto in precedenza, dal punto di vista temporale non rientrerebbe nella valutazione della presente vertenza. 2.7. L'assicurato sostiene la presenza di una patologia psichiatrica invalidante. Con il ricorso egli ha prodotto il certificato 18 dicembre 2006 del suo psichiatra curante, dr. \_\_\_\_\_, avente il seguente tenore: "(...) Il paziente a margine è seguito presso il mio studio regolarmente dal 23.01.2006 in seguito alla segnalazione del medico curante Dr. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Si tratta di un 43enne portoghese, coniugato, anche la moglie è portoghese, 39enne che lavora parzialmente come donna delle pulizie. La coppia ha una figlia di 9 anni, di ottima salute psico-fisica. Il paziente iniziò a lavorare dal 1987 in Svizzera presso un'azienda di costruzione fino al giugno 2004, data dell'infortunio sul posto di lavoro. In quell'occasione il piede sinistro veniva schiacciato e la \_\_\_\_\_ in seguito aveva riconosciuto una rendita del 7% per l'infortunio. Dal punto di vista psichiatrico egli gradualmente nell'ultimo anno aveva presentato una reazione ansioso-depressiva in seguito ai vari fattori di tipo socio-economico ed infortunistico fino a presentare un vero stato ansioso-depressivo, ragion per la quale il medico di famiglia me l'aveva segnalato per una presa a carico specialistico. In effetti egli aveva presentato vari sintomi di tipo ansia, angoscia, preoccupazioni eccessive, disturbi somatoformi e neurovegetativi sotto forma di vari dolori in varie parti del corpo ed importanti disturbi del sonno. Questi sintomi rientrano nell'ambito dei criteri che possono essere diagnosticati sotto forma di una sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva (ICD- 10 F 43.22). Dal punto di vista terapeutico egli è seguito da me ed è al beneficio di colloqui di sostegno ed una psicofarmacoterapia regolarmente e la sua situazione psichica, anche se gradualmente, ha presentato un miglioramento lento ma causa ancora un'inabilità lavorativa nella misura del 50%. Egli inoltre già da diversi mesi è al beneficio della disoccupazione nella misura del 33% ed è auspicabile che in futuro egli possa svolgere un'attività lavorativa adeguata alla sua situazione dal punto di vista psichiatrico almeno nella misura del 50%. Il paziente durante il recente colloquio mi riferiva che a causa di una labirintite nelle scorse settimane, è stato messo in inabilità lavorativa completa." (Doc. IX1) Occorre qui ricordare che con rapporto 23 agosto 2005 i medici della \_\_\_\_\_ avevano parlato di un'eventuale sindrome da dolore somatoforme, escludendo tuttavia un'incapacità lavorativa per motivi psichici (doc. AI 3-23). Con perizia 5 settembre 2006 il dr. \_\_\_\_\_ ha diagnosticato una sintomatologia ansiosa-depressiva di entità lieve, nel contesto di problemi occupazionali e socio-economici, nonché rischio di un disturbo somatoforme, in merito . Quanto alla valutazione ed alle conclusioni, lo specialista in psichiatria e psicoterapia ha fra l'altro evidenziato: "(...) La sintomatologia clinica, caratterizzata da ansia e modici segni depressivi, è molto probabilmente interpretabile nel contesto di problemi esistenziali, legati ai timori di non più riuscire a trovare un lavoro più leggero, adeguato alle sue attuali condizioni fisiche. Clinicamente, in base alle risultanze dell'esame clinico odierno, non è emersa una sindrome ("autonomia") con valenza di malattia. In questo senso egli potrebbe, qualora si trovasse un'attività conveniente, senz'altro riprendere il lavoro (dal solo profilo psichiatrico) in misura completa. Egli si sente tuttavia limitato a causa dei dolori persistenti che rischiano di assumere valenza di malattia qualora dovesse svilupparsi, in futuro, una vera e propria sindrome somatoforme da dolore persistente. Al momento attuale, considerata la relativa giovane età dell'assicurato, andrebbe organizzato un aiuto al fine di permettergli il collocamento in una funzione adeguata alle sue limitazioni ortopediche. In

altre parole, sarebbe richiesto un case-management attivo e un sostegno psicologico regolare." (Doc. XIIbis, sottolineatura del redattore) 2.8. 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 (Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 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, 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 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). 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.), 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 (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). Per quel che riguarda il medico di fiducia, 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. 3b/cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 111). Infine, 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). Nella sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni espresse da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di una affezione psichica. Secondo Mosimann, 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 premorbo, 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. 2.9. Ritornando al caso in esame, tutto ben esaminato, questa Corte ritiene dover confermare la perizia del dr. \_\_\_\_\_ resa per conto della cassa malati \_\_\_\_\_. Nel referto 5 settembre 2006 lo specialista in psichiatria e psicoterapia, preso atto in particolare del fatto che l'assicurato si trova in cura del dr. \_\_\_\_\_ dall'inizio 2006 per una sindrome da disadattamento con reazione ansiosa-depressiva, ha ben spiegato di ritenere la sintomatologia clinica priva di valenza di malattia, individuando le risorse che permetterebbero un pieno collocamento in una attività con funzioni adeguate alle limitazioni ortopediche dell'assicurato. Del resto, anche lo stesso psichiatra curante ha auspicato che l'assicurato svolga un'attività lucrativa, pur quantificando l'esigibilità al 50%. Certo che nel rapporto 18 dicembre 2006 - redatto quasi un mese dopo la decisione contestata - il dr. \_\_\_\_\_ ha riscontrato un lento miglioramento " ma che causa ancora un'inabilità lavorativa nella misura del 50%" (IX). Tuttavia, visto il dettagliato e completo referto 5 settembre 2006 del dr. \_\_\_\_\_, a cui va conferito valore probatorio (cfr. consid. 2.8), questo TCA non ritiene che nel giro di tre mesi sia avvenuto un peggioramento dell'affezione psichica tale da giustificare una parziale incapacità lavorativa, tenuto del resto conto che la descrizione della sintomatologia dei due citati sanitari è sostanzialmente sovrapponibile. Si tratta quindi di due differenti valutazioni della stessa situazione clinica, a cui va data preferenza, per i motivi sopra esposti, alla perizia del dr. \_\_\_\_\_. Da ultimo, con rapporto 25 settembre 2007 lo psichiatra curante ha ora accertato una sindrome da dolore somatoforme, causante un'inabilità lavorativa del 100% (doc. H). Dal punto di vista temporale questo peggioramento non può che essere esaminato nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni AI. 2.10. In conclusione, tenuto conto sia delle affezioni infortunistiche che non, visti gli atti medici (in particolare la perizia del dr. \_\_\_\_\_), ricordato che, conformemente al principio dell'obbligo di ridurre il danno, l'assicurato è tenuto ad intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61) - se necessario intraprendendo una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che sino all'emissione della decisione contestata il ricorrente è da ritenere abile al 100% in professioni adeguate leggere. Di conseguenza, rettamente con rapporto 16 marzo 2006 la consulente in integrazione professionale ha proceduto al consueto raffronto dei redditi dal quale non è risultato un grado d'inabilità pensionabile (doc. AI 30), allo stesso può essere fatto riferimento. Ne consegue la conferma della decisione contestata e la reiezione del ricorso. 2.11. Va infine rilevato che questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti richiesti dalla ricorrente. Al riguardo, va fatto presente che se 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, *Bundesverwaltungs-rechtspflege*, 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. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.12. S econdo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese fr. 200.-- sono poste a carico del ricorrente.

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