

TI_GERICHTE 32.2013.8 vom 14. November 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-11-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.8

FR: TI_GERICHTE 32.2013.8 du 14 novembre 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2013.8 del 14 novembre 2012

Regeste

L'assicuratore previdenziale è legittimato a interporre ricorso contro la decisione dell'Ufficio AI che ha erogato all'assicurato una rendita intera dal 1° gennaio 2012. Non vi sono ragioni di scostarsi dalla valutazione medica svolta dall'amministrazione. Diritto alla rendita confermato

Erwägungen

E. 22

dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). 2.2. Ai sensi dell'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica. Ciò è segnatamente il caso per altri assicuratori i quali, a seguito di una decisione amministrativa di un'altra assicurazione, hanno un obbligo di fornire prestazioni (Kieser, ATSG-Kommentar, Zurigo 2003, ad art. 59 N. 12). Dispone al riguardo l'art. 49 cpv. 4 LPGA: " Se prende una decisione che concerne l'obbligo di un altro assicuratore di fornire prestazioni, l'assicuratore deve comunicare anche a lui la decisione. Quest'ultimo dispone dei medesimi rimedi giuridici dell'assicurato." Nel caso in esame, il TCA è chiamato a stabilire se a ragione l'Ufficio AI ha confermato all'interessato l'erogazione di una rendita intera d'invalidità a decorrere dal 1° gennaio 2012. L'esito di questa vertenza avendo delle ripercussioni sull'obbligo a fornire prestazioni d'RI 1, quest'ultima è legittimata ad inoltrare il presente ricorso. 2.3. Il ricorrente ha contestato la mancata notifica della decisione del 14 novembre 2012 sia ad RI 1 che al suo legale (cfr. doc. I, pag. 2). A questo proposito il Tribunale federale nella sentenza 9C_744/2012 del 15 gennaio 2013 ha ricordato quanto segue: " (...) 5.3 La comunicazione di una decisione è un atto ricettizio unilaterale e in quanto tale esplica i propri effetti soltanto col e dal momento della sua notifica regolare, indipendentemente dal fatto che il destinatario prenda conoscenza del contenuto (DTF 119 V 89 consid. 4c pag. 95 con riferimenti). La prova della notifica come pure del suo momento incombe secondo giurisprudenza all'autorità che vi procede, la quale sopporta il relativo onere della prova (DTF 124 V 400 consid. 2a pag. 402; 117 V 261 consid. 3b pag. 264 con riferimenti). Le circostanze rilevanti per la notifica di decisioni amministrative devono essere stabilite con il grado della verosimiglianza preponderante (DTF 124 V 400 consid. 2b pag. 402; 121 V 5 consid. 3b pag. 6). Tuttavia ciò presuppone di regola l'intimazione della decisione per atto raccomandato poiché, per giurisprudenza, l'amministrazione non è in grado di fornire la prova della verosimiglianza necessaria per la notifica della decisione accennando semplicemente all'ordinario svolgimento dei suoi compiti (RCC 1984 pag. 127 consid. 1). Se la notifica o la sua data sono contestate e se esistono effettivamente dubbi a tale proposito, ci si baserà sulle dichiarazioni del destinatario dell'invio (DTF 129 I 8 consid. 2.2 pag. 10; 124 V 400 consid. 2a pag. 402 con

riferimenti). La spedizione con la posta normale non consente in genere di stabilire se la comunicazione sia pervenuta al destinatario. La prova della notifica di un atto può però risultare da altri indizi o dall'insieme delle circostanze, quali lo scambio di corrispondenza o la mancata protesta da parte di una persona che riceve dei richiami (cfr. DTF 105 III 43 consid. 3 pag. 46; cfr. pure DTF 136 V 295 consid. 5.9 pag. 309). Tuttavia, la semplice presenza nel fascicolo della copia dell'invio non è sufficiente a dimostrare che tale scritto sia stato effettivamente spedito e ricevuto (DTF 101 Ia 7 consid. 1 pag. 8). In effetti, capita talvolta che una lettera vada smarrita (DTF 106 II 173 seg.). Inoltre, non si possono escludere errori da parte del mittente della comunicazione (sentenza 2A.500/1996 del 28 febbraio 1997 consid. 4b).” L'amministrazione, nella risposta di causa, ha sottolineato che la decisione impugnata del 14 novembre 2012 è stata inviata per posta semplice (posta B) e non per raccomandata ed ha quindi chiesto di ritenere tempestivo il ricorso (doc. V). Alla luce della giurisprudenza federale appena riprodotta, il TCA ritiene tempestivo il ricorso del 10 gennaio 2013. Nel merito 2.4. Questo Tribunale è chiamato ora a stabilire se l'amministrazione era legittimata ad attribuire all'assicurato una rendita intera d'invalidità a far tempo dal 1° gennaio 2012. 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). L'art. 28 cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, 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). 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). Secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222). 2.5. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del

25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; 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). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.6. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di

valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). A finché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. D. Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lavorativa 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 suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.7. Nel caso di specie, l'Ufficio AI, al fine di valutare lo stato di salute dell'interessato, ha affidato il compito di esperire una perizia specialistica al Centro peritale per le assicurazioni sociali (CPAS). Nel referto del 7 settembre 2012 il Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e la Dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, dopo aver esposto l'anamnesi del paziente, i dati soggettivi, quelli oggettivi e la terapia psichiatrica attuale, hanno posto la diagnosi di “ Disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo impulsivo (ICD 10 F). Episodio depressivo lieve-medio (ICD 10 F 32.1) ” (doc. AI 38-6) e oggettivato un'inabilità al lavoro totale (100%) per qualsiasi attività a partire dal mese di gennaio 2011 (doc. AI 38-8). Secondo i periti all'interno del quadro clinico è centrale il disturbo di personalità e sul disturbo personologico si innesta una patologia di ordine depressivo che non risulta avere carattere reattivo ma endogeno e che viene giudicato di gravità lieve-media (doc. AI 38-7). Per quanto riguarda le conseguenze sulla capacità al lavoro gli specialisti hanno sottolineato che i deficit sono legati all'importante disturbo di personalità e alla fase depressiva. Essi consistono in una marcata labilità emotiva, in un “ atteggiamento rissoso e collerico, in una tolleranza alla frustrazione molto scarsa, in una forte tensione endopsichica e irritabilità che possono sfociare in modo imprevedibile e repentino in agiti etero lesivi ”. Viene quindi segnalato un tono dell'umore lievemente deflesso, un disturbo del sonno e dell'alimentazione, alterazioni delle funzioni cognitive superiori, vissuti di disistima e una difficoltà a proiettarsi nel futuro e una lieve riduzione nella spinta volitiva (doc. AI 38-7/8). La Dr.ssa _____ del Servizio Medico Regionale (SMR) nel rapporto del 13 settembre 2012 ha ripreso le conclusioni dei periti del CPAS, sia per quanto riguarda la diagnosi che la capacità lavorativa (doc. AI 39-1). Il TCA non ha dunque motivo per distanziarsi dalla valutazione peritale del CPAS e dalle conclusioni del

Servizio Medico Regionale (SMR) che non sono del resto state smentite da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. A corroborare le conclusioni dell'amministrazione vi è agli atti la perizia del

E. 25

maggio 2011 della Dr.ssa _____, spec. FMH psichiatria e psicoterapia, svolta per conto dell'assicuratore malattia _____, la quale ha posto una diagnosi in parte sovrapponibile a quella dei periti del CPAS indicando una " Sindrome da disadattamento, reazione mista ansioso-depressiva (ICD 10 F 43.22). Cisti aracnoidale in sede frontale destra con un diametro massimo di 2,5 cm. Disturbo di personalità non specificato (ICD 10, F 60.9) " e indicato un'inabilità al lavoro completa (100%) dal 28 gennaio 2011 (doc. LaMal 15-3). Anche il medico curante Dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto medico del 26 agosto 2011 e in quello del 23 maggio 2012 ha posto la diagnosi di " Sindrome da disadattamento, reazione mista ansioso-depressiva (ICD 10 F 43.22). Disturbo di personalità non specificato (ICD 10: F 60.9) . Insonnia (ICD10:F51.0). Cisti aracnoidale in sede frontale destra con un diametro massimo di 2,5 cm" e fissato un'inabilità al 100% dal gennaio 2011 (doc. AI 9-2/9-3, 28-1). Infine, anche il medico curante Dr. _____, FMH in medicina generale, nel rapporto del 20 settembre 2011 e in quello del 14 marzo 2012 ha ripreso la diagnosi della Dr.ssa _____ e della Dr.ssa _____ e indicato un'inabilità al 100% dal 29 gennaio 2011 (doc. AI 14-1, 25-1). Le argomentazioni del legale della RI 1 relative ad un incompleto accertamento dello stato di salute dell'assicurato e una conseguente violazione del diritto di essere sentito non meritano dunque accoglimento. In particolare, l'insorgente lamentava un mancato controllo del livello ematico dell'assicurato che avrebbe chiarito se egli " assume abitualmente Sertalin 100% o se dovrebbe essere sottoposto a un trattamento psichiatrico duraturo in una clinica " (cfr. doc. I, pag. 2). In sede di osservazioni al progetto di decisione del 14 settembre 2012 la Dr.ssa _____ del SMR ha nuovamente preso posizione rilevando che l'assicurato è stato sottoposto a una perizia psichiatrica nel maggio 2011, da parte della Dr.ssa _____, e nel settembre 2012, da parte del CPAS, e in entrambe le valutazioni è stata indicata un'inabilità al lavoro completa " da ricondurre agli aspetti di aggressività presenti con rischio di passaggio all'atto ". Per quanto riguarda l'aumento di sertralina il medico del SMR ha ripreso quanto indicato dalla Dr.ssa _____ circa una controindicazione verso l'aumento di farmaci attivanti, mentre il perito del CPAS ha proposto una variazione delle cure (doc. AI 60-1, 9-3, 28-3)). In esito alle considerazioni che precedono, questa Corte ritiene dunque dimostrato, secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; vedi pure D. Cattaneo "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie*. Ed. CFPG e Helbing Lichtenhahn, Lugano e Basilea 2008, pag. 203 seg. - 215 e 277 -), che l'assicurato è totalmente inabile al lavoro dal mese di gennaio 2011, ciò che consente l'erogazione di una rendita intera d'invalidità, a far tempo dal 1° gennaio 2012, come stabilito dall'amministrazione. 2.8. L'insorgente nel proprio atto ricorsuale ha chiesto l'esecuzione di ulteriori approfondimenti medici (doc. I). Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und*

Verwaltungsrechtspflege des Bundes, pag. 47 n. 63, Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art.

E. 29

cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici. 2.9. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.

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