

## **TI\_GERICHTE 32.2016.22 vom 21. Januar 2016**

TI Tribunale d'appello, 2016-01-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2016.22](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.22)

FR: TI\_GERICHTE 32.2016.22 du 21 janvier 2016

IT: TI\_GERICHTE 32.2016.22 del 21 gennaio 2016

### **Regeste**

Richiesta di assunzione dei costi del trattamento "Breathe Magic" effettuato all'estero sulla base dell'art. 23bis OAI respinta

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

ottobre 2001). Con sentenza 8C\_253/2016 del 27 ottobre 2016 il TF ha confermato, con riferimento alla sentenza pubblicata in DTF 123 V 53 consid. 2b/cc, che la nozione di scientificità sviluppata nell'ambito della LAMal trova applicazione anche in ambito AI per i provvedimenti sanitari (" Die für den Bereich der Krankenpflege entwickelte Definition der Wissenschaftlichkeit findet nämlich - wie in vorstehender E. 2.2 bereits erwähnt - prinzipiell auch auf medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung Anwendung ( BGE 123 V 53 E. 2b/cc S. 60 mit Hinweisen) "). Se, quindi, una misura non è riconosciuta per carenza di scientificità quale prestazione obbligatoria della cassa malati, di principio i costi non possono essere posti a carico dell'UAI ( DTF 123 V 53 consid. 2b/cc pag. 60; SZS 2008 pag. 358, I 601/06; sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002 consid. 2.3 in fine). 2.4. Secondo l'art. 9 LAI i provvedimenti d'integrazione sono applicati in Svizzera e solo eccezionalmente anche all'estero. L'art. 23bis cpv. 1 OAI (Provvedimenti d'integrazione all'estero per le perone assoggettate all'assicurazione obbligatoria) stabilisce che " se l'esecuzione di provvedimenti d'integrazione si rivela praticamente impossibile in Svizzera, in modo speciale per difetto di istituzioni adeguate o di personale specializzato oppure se un provvedimento sanitario deve essere eseguito in caso di assoluta necessità all'estero, l'assicurazione ne assume le spese per l'esecuzione semplice e razionale all'estero." Secondo dottrina e giurisprudenza questa disposizione si applica se, in Svizzera, a causa del carattere particolare e insolito della misura, non esiste (o non esiste ancora) un istituto corrispondente né personale specializzato in grado di effettuare l'intervento (SVR 1997 IV Nr. 105 consid. 4 parzialmente pubblicata in DTF 122 V 377; RCC 1984 p. 287; RCC 1967 p. 69; cfr. anche Valterio, Droit de l'assurancance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance invalidité (AI), 2011, § 71 n.1368 p. 377). L'art. 23bis cpv. 2 OAI statuisce che l'AI assume le spese per l'esecuzione semplice e razionale dei provvedimenti sanitari eseguiti in caso di emergenza all'estero. Il capoverso 3 dell'art. 23bis OAI prevede che " se un provvedimento è eseguito all'estero per altri motivi ritenuti validi, l'assicurazione ne risarcisce le spese al massimo fino al limite richiesto da tale provvedimento se fosse stato eseguito in Svizzera." Riguardo alla nozione di "altri motivi ritenuti validi", in una sentenza del 22 ottobre 2007, pubblicata in DTF 133 V 624, il TF ha così riassunto la propria giurisprudenza: " (...) gli altri motivi validi devono essere di un certo peso e rivestire un'importanza considerevole. Altrimenti, non soltanto il cpv. 1 dell'art. 23 bis OAI (attualmente cpv. 1 e 2), ma anche l'art. 9 cpv. 1 LAI, stante il

quale solo eccezionalmente un provvedimento applicato all'estero può essere assunto, verrebbero svuotati del loro significato (VSI 1997 pag. 311, consid. 1b, pag. 312 con riferimenti, I 472/96). Del resto, l'assicurazione per l'invalidità non deve assumersi i costi del miglior provvedimento d'integrazione possibile, ma deve farsi carico delle spese per una misura necessaria e sufficiente in un singolo caso di specie (DTF 110 V 99 consid. 2 pag. 102). Di conseguenza, il fatto che una clinica specializzata all'estero disponga di una più grande esperienza in un determinato settore rispetto a una struttura svizzera o ancora la circostanza per cui degli specialisti all'estero abbiano un altro tipo di approccio rispetto a quello proposto dai medici in Svizzera nella scelta di un provvedimento non giustificano, da soli, l'applicazione dell'art. 23 bis cpv. 3 OAI (sentenza inedita del Tribunale federale delle assicurazioni I 155/95 del 26 gennaio 1996). Motivi validi sono stati per contro, ad esempio, riconosciuti a un bambino in tenera età colpito da una forma rara e complessa di epilessia, per la quale l'amministrazione non aveva dimostrato che gli specialisti in Svizzera disponessero di un'esperienza sufficiente per applicare i provvedimenti sanitari richiesti (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 740/99 del 21 luglio 2000).” Con sentenza 9C\_309/2013 del 19 agosto 2013, relativa alla richiesta di rimborso dei costi all’UAI per un intervento effettuato a Parigi su un bambino affetto da pseudoartrosi congenita della tibia destra, il TF ha ribadito i medesimi concetti al consid. 5.1, poi ripresi da ultimo nella recente sentenza 9C\_723/2015 del 6 aprile 2016 al consid. 3 inerente un intervento negli Stati Uniti. Nella succitata DTF 133 V 624 l’Alta Corte ha inoltre stabilito che un assicurato non può fare riferimento alla giurisprudenza della CGCE (Corte di giustizia delle Comunità europee) sulla libera prestazione dei servizi ed all’ALC (Accordo di libera circolazione tra Confederazione e Unione Europea; RL 0.142.122.681) per pretendere da parte dell’Ufficio AI l’assunzione (parziale) delle spese di un trattamento ambulatoriale dispensato all’estero (Germania). 2.5. Nel caso di specie l’insorgente è affetto dalla malattia congenita n. 390 dell’OIC, ossia da una paralisi cerebrale congenita che lo impedisce segnatamente nei movimenti con il braccio e la mano (emisindrome destra). Il ricorrente è stato messo al beneficio, da parte dell’UAI, oltre che di provvedimenti sanitari per la cura dell’infermità congenita di cui è affetto, anche di fisioterapia (due volte alla settimana) e di ergoterapia (due volte a settimana). Ciò per aiutarlo nelle attività della vita quotidiana e nell’inserimento sociale. Dal 27 luglio 2015 al 7 agosto 2015 l’insorgente ha partecipato al corso di terapia intensiva denominato “ Breathe Magic ”, tenutosi in \_\_\_\_\_, per un costo complessivo di fr. 4'815.15. Questo tipo di trattamento, non fruibile in Svizzera, fa parte del metodo “ HABIT ” ed è stato sviluppato per i bambini affetti da emiplegia. Il metodo “ Breathe Magic ” consiste in una terapia intensiva svolta in due sessioni di cinque giorni ciascuna (60 ore distribuite su 10 giorni). Il protocollo della terapia intensiva bimanuale per il braccio e la mano (“ hand-arm bimanual intensive therapy, HABIT ”) prevede anche la collaborazione di maghi professionisti per esercitare la motricità e la destrezza delle mani (cfr. pag. 339 incarto AI; cfr. <http://breatheahr.org/breathe-magic/>: “ The Breathe Magic programme is a fun and clinically effective way of using magic to improve physical and mental health for people with a range of conditions. Magic Circle magicians, senior occupational therapists and research academics have come together to create an approach that delivers meaningful results ”). Si tratta in altre parole di un metodo che utilizza giochi di magia per migliorare la salute fisica e mentale delle persone affette da alcune patologie, segnatamente per bambini affetti da emiplegia. Nel sito internet [breatheahr.com](http://breatheahr.com) è stato pubblicato il prospetto “ Breathe Magic ”, che il curante ha trasmesso all’UAI con la richiesta di assunzione dei costi

della terapia (pag. 300 e seguenti incarto AI) e dove si può leggere: "(...) The Breathe Magic Intensive Therapy Programme for Young People with Hemiplegia, is a well researched therapy programme where children learn specially selected magic tricks designed to help improve the use of their affected hand and arm, through learning to become a Young Magician. The tricks can be scaled to make them easier or more challenging according to individual needs and therapy targets. Renowned Magic Circle magicians work alongside occupational therapists to teach magic tricks and performing skills with the aim of developing motor and bimanual skills and enhancing independence, confidence and self-esteem. The programme was developed in 2008, when Magic Circle magicians collaborated with occupational therapists and academics from the Evelina London Children's Hospital at Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust to design a creative approach to therapy. Clinical research has been integrated in to the design and delivery of the programme since 2008, under the leadership of Dr Dido Green. This ground-breaking associated research programme won a first poster prize award at the European Academy of Childhood Disabilities Conference in Istanbul in 2012 and the research results from the Breathe Magic Programme have since been published in a peer-reviewed medical journal. These results show significant and clinically meaningful improvements in the ability to use the affected hand for independent performance of tasks requiring two-handed use. Children not only showed better bimanual skills and were quicker in picking up and releasing objects, but also reported being more confident and positive about their overall capabilities. The team at Breathe Magic have run over ten camps since 2008 across the UK, Israel and Australia" (pag. 4 in:

<http://breatheahr.org/wp-content/uploads/2016/03/Breathe-Magic-Parent-info-pack-1.pdf>)

Circa gli effetti della terapia, nel prospetto, a pag. 7, figura: "(...) In clinical terms Breathe Magic delivers clear benefits. Assessment of the abilities of participants is made prior to participating and at the end of each camp. Further assessments are conducted at three and six months post camp to assess the programme's long-term impact. Research has show that over the period participating children progressed significantly in using their weaker hand to perform two-handed tasks independently. In practical terms this means that for many children the first time they were able to use both hands to dress themselves, cut up food or tie their shoe laces; hugely significant achievements for a child not previously able to do so. Improvements in independence corresponded in a reduction in the additional time parents were providing to support their child by up to 50%. The acquisition of these practical skills as well as having a special talent to 'wow' their friends, in turn delivers significant benefits to the children's emotional wellbeing. For example, the ability to successfully perform a professional magic trick and accomplish tasks independently, as their friends can, enables greater opportunities for participation across social and motor activities. In addition, the performance skills taught as part of the programme focus on improving the child's communication skills and confidence." A pag. 14 e 15 del prospetto sono elencati gli studi a sostegno dell'efficacia della terapia, che sono in gran parte stati prodotti dall'assicurato in sede di osservazioni al progetto di decisione e nelle more processuali quali nuove prove (pag. 348 e seguenti incarto AI e allegati al doc. VI). 2.6. Il medico SMR, dr. med.

\_\_\_\_\_, nella sua presa di posizione del 13 gennaio 2016, rileva che la terapia in questione non trova, nella letteratura scientifica recente, risultati che indicano una differenza significativa tra questa terapia e altri trattamenti eseguiti anche in Svizzera (segnatamente fisioterapia, ergoterapia), circa l'intensità e la durata del trattamento (pag. 396 incarto AI). L'UFAS evidenzia che il " trattamento è stato oggetto di alcuni studi. Uno

dei più recenti rileva che, confrontato con il trattamento usuale, questo tipo di misura ha un effetto da mediamente a notevolmente positivo sulla funzione degli arti superiori. Tuttavia, la questione dell'intensità e della durata del trattamento restano aperte e potranno essere risolte solo con ulteriori indagini. Un altro studio indica che il trattamento può essere efficace ma non si esprime in modo categorico." Questo Tribunale non può che confermare, allo stato attuale delle conoscenze mediche, che il " Breathe Magic " non dispone di una solida base scientifica per poter essere riconosciuto quale provvedimento sanitario necessario alla cura dell'infermità congenita cui è affetto l'insorgente ai sensi dell'art. 2 cpv. 3 OIC, mancando segnatamente conclusioni scientificamente certe circa l'intensità e la durata dell'intervento, oltre che il mantenimento di eventuali progressi a medio-lungo termine. Come visto (consid. 2.3), la persona assicurata ha di principio diritto alle misure necessarie e adeguate allo scopo perseguito, ma non ai provvedimenti migliori possibili secondo le circostanze. In effetti la legge intende semplicemente garantire una reintegrazione necessaria e sufficiente nel caso di specie. Inoltre dev'esserci un rapporto ragionevole tra i costi e il risultato prevedibile della misura reintegrativa ( DTF 124 V 108 consid. 2a pag. 110; 122 V 212 consid. 2c pag. 214 con riferimenti; sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 718/05 dell'8 novembre 2006). Un metodo di cura è considerato riconosciuto scientificamente se è largamente ammesso dai ricercatori e dai pratici della scienza medica. Decisivo è in particolare il risultato delle esperienze e il successo di una terapia determinata ( DTF 123 V 53 consid. 2b/cc pag. 60 e consid. 4a pag. 66; si confronti anche DTF 133 V 115 consid. 3.2.1 pag. 118; 120 V 472 consid. 4a pag. 476; SZS 2008 pag. 358, I 601/06). Vale il principio secondo cui l'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici, ciò che esclude una valutazione riferita al singolo caso (cfr. in ambito LAMal la sentenza 9C\_572/2013 del 27 novembre 2013, e la sentenza 9C\_667/2015 del 7 giugno 2016 pubblicata in DTF 142 V 325). In concreto non vi sono evidenze scientifiche circa l'efficacia a lungo termine della terapia " Breathe Magic " rispetto alle terapie tradizionali. Come rileva l'UAI in sede di risposta di causa, nell'articolo di Green D., Schertz M., Moore A. et al. pubblicato online il 5 marzo 2013, " A multi-site study of functional outcomes following a themed approach to hand-arm bimanual intensive therapy for children with hemoplegia ", citato nel prospetto " Breathe Magic ", quale prova dell'efficacia del trattamento (pag. 14: " these papers show the effectiveness of the Breathe Magic Programme in improving hand function and broader psychosocial benefits "), e che si riferisce specificamente ad uno studio relativo al metodo " Breathe Magic " (" pag. 353 incarto AI: "[...] This study explored the efficacy of incorporating "magic" hand tricks within HABIT protocol [...] ") figura, oltre al fatto che l'intervento intensivo ha mostrato risultati positivi nell'uso delle due mani, con miglioramenti dell'indipendenza ( " this themed approach to intensive intervention showed positive results in bimanual use, with improvements in independence sustained at follow-up ") anche la circostanza che sebbene i bambini (23) compiono dei progressi, rimangono aperte alcune questioni relative all'intensità ed alla durata dell'intervento per ottimizzare i risultati a lungo termine ( " Although children across camps and motor severity made progress, some questions remain about intensivity and duration of intervention to optimize longer-term outcomes " (incarto AI pag. 348). In altre parole, se un miglioramento può essere provato a corto termine, non vi sono ancora risultati scientificamente probanti per quanto concerne i miglioramenti delle funzionalità nel lungo termine. Ciò è comprovato anche dallo studio di Sakewski L., Ziviani J. et al., pubblicato in Pediatrics Volume 133 Number 1, gennaio 2014, " Efficacy of upper limb therapies for unilateral cerebral palsy: a meta-analysis " dove nelle conclusioni figura

che vi è solo una debole prova che i trattamenti fondati su un'attività intensa (come ad esempio la terapia bimanuale) sono più efficaci rispetto ad una cura standard per migliorare l'uso dell'arto superiore e i risultati individuali (“ there is modest evidence that intensive activity-based goal-directed interventions (eg, constraint-induced movement therapy, bimanual training) are more effective than standard care in improving UL [ndr: upper limb] and individualized outcomes ”; pag. 361 incarto AI). Per contro l'articolo di Gordon, del 28 febbraio 2011 “ to constrain or not constrain, and other stories of intensives upper extremity training for children with unilateral cerebral palsy ” (pag. 355 e seguenti dell'incarto AI), pur rilevando che alcune recenti terapie, tra le quali il trattamento “ HABIT ”, appaiono promettenti poiché portano ad un miglioramento della destrezza nell'utilizzo degli arti superiori (“ however, recent approaches providing intensive upper extremity training appear promising ”) non evidenzia ulteriori elementi che possano far ritenere che questo tipo di approccio sia migliore e dunque apporti un alto livello terapeutico rispetto ai metodi tradizionali. Non va poi dimenticato che in un recente articolo di Sakzewski L., Gordon A., Eliasson AC., “ The state of the evidence for intensive upper limb therapy approaches for children with unilateral palsy ” in *Journal of Child Neurology*, pubblicato nell'agosto 2014 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24820334>), gli specialisti hanno evidenziato che i modelli di terapia intensiva hanno un effetto positivo, da modesto a forte, rispetto alle terapie tradizionali, ma occorrono ulteriori ricerche per stabilire l'intensità e la durata del trattamento (“ Intensive models of therapy achieved modest to strong effects to improve upper limb function compared to usual care. Dose-matched comparisons of bimanual and unimanual training demonstrated similar gains in upper limb outcomes. The optimum timing, dose and impact of repeat episodes of intensive upper limb therapies require further investigation. Characteristics of children who achieve clinically meaningful outcomes remain unclear. Key components of intervention include collaborative goal setting with families and intensive repetitive, incrementally challenging, task practice. Choice of treatment approach should be governed by child/family goals and preferences, individual, and contextual factors ”). La documentazione prodotta dall'assicurato l'8 aprile 2016 non è di maggior aiuto. Il recente articolo, di cui al doc. C, di Bleyenheuft, Arnould et al., “ hand and arm bimanual intensive therapy including lower extremity (HABIT-ILE) in children with unilateral spastic cerebral palsy: a randomized trial ” pubblicato in *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 2015, vol. 29 (7) pag. 645-657, che porta su un esame effettuato su 24 bambini, indica che il trattamento può essere (“ may be ”) efficace, ma non si esprime in maniera categorica (“ Conclusion. The findings suggest that combined upper and lower extremity in an intensive training protocol may be efficacious for improving both upper and lower extremity function in children with USCP ” [ndr: unilateral spastic cerebral palsy ]”; sottolineatura del redattore). A pag. 654 si legge in sostanza che lo studio ha dimostrato che nel preciso caso di specie la terapia HABIT-ILE applicata su un corto periodo appare maggiormente efficace rispetto a quella convenzionale applicata su un lungo periodo (“ (HABIT-ILE) during a short period was more efficacious than a conventional intervention delivered over a longer period ”), tuttavia deve ancora essere esaminato se applicando la terapia HABIT-ILE e la terapia convenzionale con la medesima intensità si possono ottenere i medesimi risultati (“ Future investigations are needed to determine (a) if HABIT-ILE and conventional interventions provided at same intensity show the same results “; in esteso: “ this study showed that high-intensity training continuously directed to UE [ndr: upper extremity] and LE [ndr: lower extremity] (HABIT-ILE) during a short period was more efficacious than a conventional intervention delivered over a longer

period. After HABIT-ILE but not after conventional therapy, changes were observed in both upper and lower extremities at the 3 levels of the ICF [ndr: international classification of function]. To our knowledge, it is the first time intensive training for children with USCP [ndr: unilateral spastic cerebral palsy] has targeted both UE and LE and has been shown to improve abilities in both. It raises interesting questions regarding clinical practice and especially current prevailing rehabilitation models, suggesting that brief episodes of more intensive rehabilitation might be better. Future investigations are needed to determine (a) if HABIT-ILE and conventional interventions provided at same intensity show the same results, (b) whether the UE improvements are attenuated by the introduction of systematic LE engagement (ie, HABIT vs HABIT-ILE), and (c) whether children with bilateral cerebral palsy benefit from this approach”). L’articolo di Brandao, Gordon et al. in “ functional impact of constraint therapy and bimanual training in children with cerebral palsy. A randomized controlled trial ”, del novembre/dicembre 2012, pubblicato nell’ “ American journal of Occupational therapy ” (doc. D), concerne invece l’esame di 16 bambini ai quali sono stati applicati due metodi distinti (CIMT: unimanual constraint-induced movement therapy e HABIT: hand-arm bimanual intensive training). Secondo questo studio le terapie CIMT e HABIT hanno un effetto positivo sulle capacità funzionali e sull’indipendenza dei bambini con emiplegia (pag. 680 e pag. 672: “ the results suggest that specificity of training exist only for performance of specific goals established by parents and that both CIMT and HABIT can be used to increase children’s daily functioning ”). Gordon, Hung, Brandao et al., in “ bimanual training and constraint-induced movement therapy in children with hemiplegic cerebral palsy: a randomized trial ”, in un articolo del 2011 pubblicato in “ Neurorehabilitation and Neural Repair ” sono giunti a conclusioni simili, affermando che sia il metodo CIMT che il metodo bimanuale comportano un miglioramento simile nella funzionalità delle mani. Un beneficio potenziale del metodo bimanuale consiste nel fatto che i partecipanti possono migliorare maggiormente se si fissano determinati obiettivi (“ both CIMT and bimanual training lead to similar improvements in hand function. A potential benefit of bimanual training is that participants may improve more on self-determined goals ” (doc. E). Hung, Casertano et al. in “ the effect of intensive bimanual training on coordination of the hands in children with congenital hemiplegia ”, pubblicato nel 2011, hanno concluso che la terapia bimanuale aumenta il controllo spazio-temporale delle due mani (“ the results suggest that bimanual training improves the spatial-temporal control of the two hand, and are in agreement with the principle of practice specificity ”). Novak, McIntyre et al., in “ a systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of evidence ”, pubblicato nel 2013, evidenziano a pag. 889 che la terapia bimanuale aumenta le funzioni manuali (“ bimanual training: repetitive task training in the use of two hands together; improved hand function, i.e. bilateral hand use for children with hemiplegia ”). Questi studi, tuttavia, pur rilevando un miglioramento a breve termine delle capacità funzionali dei bambini affetti da emiplegia non sono ancora conclusivi per quanto concerne gli effetti su un lungo periodo e, in ogni caso, non permettono di ritenere che questo tipo di trattamento sia migliore rispetto a quelli tradizionali, essendo ancora necessari ulteriori esami per quanto concerne l’intensità e la durata della terapia per ottimizzare i risultati a lungo termine. Non è del resto escluso che applicando le terapie tradizionali con la medesima intensità, si possano ottenere i medesimi risultati. Inoltre, come rammenta il TF nella sentenza 8C\_196/2009 del 5 agosto 2009 al consid. 6.1, la persona assicurata ha di principio diritto alle misure necessarie e adeguate allo scopo perseguito, ma non ai provvedimenti migliori possibili secondo le circostanze. In

effetti la legge intende semplicemente garantire una reintegrazione necessaria e sufficiente nel caso di specie. Del resto la circostanza per cui degli specialisti all'estero abbiano un altro tipo di approccio rispetto a quello proposto dai medici in Svizzera nella scelta di un provvedimento non giustificano, da soli, l'applicazione dell'art. 23 bis cpv. 3 OAI (sentenza 9C\_309/2013 del 19 agosto 2013, consid. 5.1). In concreto l'UAI ha riconosciuto all'assicurato l'assunzione dei costi di fisioterapia ed ergoterapia ambulatoriale su prescrizione medica (2 volte a settimana per ogni terapia) e dei provvedimenti sanitari per la cura dell'infermità congenita n. 390 (incarto AI, pag. 291 e seguenti). L'insorgente non sostiene che tali misure non siano adeguate allo scopo perseguito. Egli non ha pertanto diritto al rimborso dei costi di un trattamento ancora in fase di indagine e i cui effetti a lungo termine rispetto alle terapie tradizionali non sono ancora conosciuti. Ne discende che la decisione dell'UAI merita conferma.

2.7. Con il ricorso l'insorgente afferma, circa lo scritto del 18 settembre 2015 dell'UFAS, di averlo richiesto " ed attende di ricevere copia, o perlomeno di consultare una volta depositato l'incarto presso codesto lodevole Tribunale, e sul quale egli si riserva di esprimersi in sede di replica " e domanda " sin d'ora di ordinare un ulteriore scambio di scritti, quando il ricorrente avrà raccolto (e potrà produrre) un parere medico sull'efficacia della terapia in oggetto e potrà contestualmente prendere posizione sul citato scritto del 18 settembre 2015 dell'UFAS " (doc. I). Questo TCA rileva da una parte che il contenuto dello scritto dell'UFAS del 18 settembre 2015 corrisponde alla motivazione riportata al punto 3 della decisione impugnata resa dall'UAI (pag. 339-340 incarto AI e pag. 398 incarto AI) e su cui in sede di ricorso ha potuto ampiamente esprimersi. Il suo diritto di essere sentito è stato ampiamente garantito. D'altra parte l'interessato con e-mail del 18 febbraio 2016 ha chiesto all'UAI la citata lettera (pag. 413), che sembra non essere stata trasmessa (pag. 414 incarto AI), ma comunque l'UAI con la risposta di causa del 10 marzo 2016 ha prodotto l'intero incarto AI, compreso lo scritto dell'UFAS (cfr. risposta, pag. 4 " allegati: incarto AI "). L'insorgente, malgrado il tempo trascorso, non si è presentato presso questo Tribunale per visionare l'incarto, né ha domandato l'invio della documentazione, né ha prodotto il preannunciato parere medico sull'efficacia della terapia in oggetto. Con sentenza 8C\_45/2010 del 26 marzo 2010 l'Alta Corte ha affermato: " (...) che infondata risulta in particolare l'invocata violazione del diritto di essere sentito per avere il primo giudice statuito senza attendere il rapporto medico del dott. B. \_\_\_\_\_, preannunciato dall'allora patrocinatore del ricorrente, che al momento in cui, il 16 ottobre 2009, il legale dell'insorgente ha preannunciato detto rapporto, il primo giudice poteva attendersi che il documento fosse inoltrato entro un termine ragionevole, che quando il 10 dicembre 2009 l'istanza inferiore ha statuito, poteva in buona fede ritenere che l'insorgente avesse rinunciato alla produzione dell'atto medico in questione, che anche qualora si volesse ammettere una violazione del diritto di essere sentito da parte del primo giudice, ipotesi che consentirebbe di considerare il rapporto del dott. B. \_\_\_\_\_ quale nuovo mezzo di prova ammissibile ai sensi dell'art. 99 cpv. 1 LTF (cfr. BERNARD CORBOZ, in Commentaire de la LTF, Berna 2009, n. 23 ad art. 99 LTF), ciò non modificherebbe l'esito della vertenza, il rapporto stesso, che suggerisce diverse misure mediche, essendo inidoneo a rimettere in discussione i punti litigiosi decisi dall'istanza inferiore (grado di invalidità e di menomazione all'integrità), che oltretutto, il referto del dott. B. \_\_\_\_\_ si riferisce ad una situazione fattuale posteriore alla data decisiva della decisione su opposizione impugnata, che ad ogni modo, la pronuncia cantonale non è criticabile nella misura in cui il primo giudice ha ritenuto di poter confermare la valutazione dell'invalidità e della menomazione all'integrità operata dall'assicuratore infortuni, che

ulteriori verifiche nel senso auspicato dal ricorrente, che chiede l'esperimento degli accertamenti necessari per valutare il dolore al piede e l'esigibilità lavorativa, non sono necessarie, dalle stesse non potendosi attendere con ogni verosimiglianza nuovi elementi probatori di rilievo suscettibili di modificare l'esito del presente apprezzamento.”

(sottolineature del redattore) In concreto l'insorgente non ha prodotto nulla malgrado il tempo trascorso dall'inoltro dell'impugnativa. Ne segue che non è necessario ordinare un ulteriore scambio di allegati. Non va dato seguito neppure alla richiesta di allestire una perizia con oggetto la disamina, ovvero l'efficacia, l'intensità e la durata, del trattamento in esame (doc. I e doc. VI), poiché gli studi prodotti in sede amministrativa e nelle more processuali sono già sufficienti per emanare una sentenza nel merito ed ulteriori accertamenti non sarebbero atti a modificare l'esito del procedimento. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das *Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, *Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). 2.8. Secondo l'art. 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. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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