

## **TI\_GERICHTE 32.2010.290 vom 2. September 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-09-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.290](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.290)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.290 du 2 septembre 2010

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.290 del 2 settembre 2010

### **Regeste**

Rinvio atti all'amministrazione per nuovi accertamenti medici (perizia pluridisciplinare) e un ulteriore sopralluogo presso l'azienda per accertare le reali mansioni dell'assicurato

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

I servizi medici regionali sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione." 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). L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) 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). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (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, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. 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). 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 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. 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, inc. 32.1999.124).

2.6. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, il TCA, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non può confermare l'operato dell'amministrazione, per le ragioni che seguono.

2.6.1. Nell'ambito della valutazione del SMR, l'assicurato è stato sottoposto ad un esame medico da parte del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e della Dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. in medicina del lavoro, i quali nel rapporto del 9 settembre 2009 hanno posto la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di "Sindrome lombovertebrale cronica con irradiazione radicolare S1 sinistra", mentre senza influsso sulla capacità lavorativa veniva indicato: "- Esiti da infarto miocardico (aprile 2005); - Sindrome delle apnee notturne in CPAP (dal 2006); - Esiti di intervento per ernia inguinale sinistra (1990); - Esiti di tre interventi per ernia inguinale destra (1990, 1997, 2007); - Condropatia ginocchio destro e sinistro nota dal 1998; - intolleranza glucidica; - Stato dopo epatite (B?)" (doc. AI 40-1).

Nel rapporto medico del 20 novembre 2009 – svolto per conto della \_\_\_\_\_ Assicurazioni - il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha posto la diagnosi di "- Sindrome vertebrale, rispettivamente spondilogeno lombare in presenza di una disfunzione segmentale lombare-inferiore, rispettivamente lombosacrale, così come di incipienti alterazioni degenerative. - Componenti radicolari dal carattere urente attualmente piuttosto in L5, in parte minore S1 all'arto inferiore sinistro. - Stato dopo infarto miocardico aprile 2005 con posa di 2 stent. - Stato dopo ripetuti interventi di ernia inguinale. - Nozione di condropatia delle ginocchia" (doc. AI 51-5). L'Ufficio AI, su proposta della Dr.ssa \_\_\_\_\_, ha predisposto l'esecuzione di una valutazione EFL presso la \_\_\_\_\_, avvenuta il 30/31 marzo 2010. Nel rapporto del 28 aprile 2010 il Dr. \_\_\_\_\_, medico EFL-AMC, ha posto la diagnosi principale di "Sindrome spondilogeno bilaterale più a sinistra, irritativa, non deficitaria con: - ernia discale sottolegamentare L5/S1 con un conflitto della radice S1; - protrusione discale L4/L5, grave discopatia ed una sindrome faccettaria ai due ultimi segmenti lombari (MRI lombare del 27.04.2009); - cardiopatia ischemica con stato dopo IMA transmurale con angioplastica impianto di stent non medicati a livello dell'arteria coronaria dx il 04.04.2005" (doc. AI 62-3).

2.6.2. Se l'aspetto

diagnostico non solleva particolari questioni e non viene contestato dalle parti, non si può dire altrettanto della valutazione della capacità lavorativa residua e dei limiti funzionali indicati dall'amministrazione, dopo la valutazione del SMR e della \_\_\_\_\_.

2.6.2.1. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha stabilito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti.

2.6.2.2. Nel referto del SMR del 9 settembre 2009 venivano indicati i seguenti limiti funzionali: “- Deve evitare movimenti ripetitivi di flessione, estensione e rotazione della schiena; - Può sollevare abitualmente sia da terra che da piano orizzontale massimo kg 8 e saltuariamente massimo kg 10; - Deve evitare la posizione inginocchiata; - Deambulazione senza riposo massimo 1 km; - Deve evitare la deambulazione su terreni sconnessi” (doc. AI 40-1). I medici hanno concluso indicando che nell'attività abituale l'assicurato è abile 6 ore al giorno con rendimento normale (IL 30%) dal febbraio 2009, mentre in un'attività adeguata, rispettosa di tutti i limiti funzionali sopra descritti, presenta una capacità lavorativa di 8.40 ore al giorno con rendimento ridotto del 20% a partire dal febbraio 2009 (doc. AI 40-4). Nel rapporto del 28 aprile 2010 della \_\_\_\_\_ venivano riscontrate difficoltà soprattutto “ nel sollevare pesi fino all'altezza della testa: solitamente fino a 10 kg, per poche volte al giorno e, solo per 2 volte al mese, anche fino a 50 volte in un giorno. La discrepanza tra il peso reale di 10 kg massimi dei

sacchetti che devono essere sollevati all'altezza della testa e la sua attuale capacità massima di 7.5 kg, è piccola. Ideale sarebbe potere ridurre il peso dei sacchetti in questione, ad esempio suddividendo il loro contenuto in 2 contenitori da 5 kg, prima di sollevarli all'altezza della testa. La perdita di tempo, anche se reale, sarebbe secondo noi non importante. Si tratta di un'attività svolta generalmente per poche volte al giorno. Proponiamo inoltre che al cliente, per i sollevamenti di pesi da terra fino all'altezza della vita, il trasporto orizzontale di pesi oltre i 10 kg e il sollevamento di pesi fino all'altezza della testa, venga garantita l'assistenza di una seconda persona ” (doc. AI 62-5), Nelle conclusioni il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato un'esigibilità lavorativa di una giornata completa “ con pause ulteriori oltre alle solite pause di circa 20 min. per mezza giornata e prolungo della pausa pranzo fino a 2,5 ore, così da far corrispondere la giornata di lavoro ad una capacità lavorativa dell'80% ” (doc. AI 62-5). Veniva quindi ritenuto importante che RI 1 “ prima di essere reinserito al lavoro con una capacità lavorativa oltre al 50%, effettui dei cicli di fisioterapia intensa (3 sedute per settimana, 4 settimane), attiva e specifica e poi degli allenamenti costanti per ritrovare una condizione fisica ed una forza maggiore ” (doc. AI 62-4). Come rettamente sottolineato dal ricorrente il buon esito dei cicli di fisioterapia intensiva era da ritenersi una condizione per il reinserimento dell'assicurato nel mercato del lavoro ad una percentuale superiore al 50%. Il Dr. \_\_\_\_\_ ha chiaramente indicato che l'assicurato “ prima di essere reinserito al lavoro con una capacità lavorativa oltre al 50% effettui dei cicli di fisioterapia intensa ” (doc. AI 62-4, la sottolineatura è del redattore). Dalla documentazione presentata dinanzi al TCA emerge tuttavia che le sedute di fisioterapia, svolte presso il medesimo centro ( \_\_\_\_\_ che ha effettuato la perizia commissionata dall'UAI, non hanno ancora portato al miglioramento auspicato. Esse hanno preso inizio nell'agosto 2010 con una frequenza di 2 sedute alla settimana, poi diminuite a 1 seduta alla settimana “ per via dei successivi forti dolori che il paziente riportava dopo la terapia eseguita ” (cfr. dichiarazione del 9 febbraio 2011 \_\_\_\_\_; doc. XVIII) e sono state interrotte per un breve periodo - secondo quanto riferito dal medico curante Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna - a causa dei dolori (doc. XVI). La fisioterapista ha quindi aggiunto che l'attuale carico di lavoro del paziente è importante (con un'attività al 50%) in quanto lo obbliga a restare per parecchie ore in piedi. “ Questo porta ad un sovraccarico della zona colpita e, dato che non c'è stabilità, ad uno sfregamento delle articolazioni faccettarie delle vertebre lombari ”. La fisioterapista ha quindi consigliato di continuare il trattamento per permettere un miglioramento e “ successivamente mantenere sotto controllo la sua problematica cronica ” (doc. XVIII). Il medico del SMR, Dr.ssa \_\_\_\_\_, nelle annotazioni del 17 agosto 2010 rileva che “ l'esecuzione di un tale ciclo di fisioterapia non ha comunque influsso sulle patologie sofferte dall'A e sulla sua relativa CL ma tende al ritrovamento ‘di una condizione fisica ed una forza maggiore’ ” (doc. AI 71-2). Il TCA non ritiene convincente la presa di posizione del SMR. A maggior ragione se si considera che la Dr.ssa \_\_\_\_\_, nelle annotazioni del 16 giugno 2010 e del 17 agosto 2010, ritiene che “ nell'incertezza che l'A abbia puntualmente seguito le indicazioni suggerite dal Dr. \_\_\_\_\_ (fisioterapia, n.d.r.) si conferma la presa di posizione contenuta nel rapporto SMR del 09.09.2009 dello specialista Dr. \_\_\_\_\_ ” (doc. AI 69-1; 71-2). Vi è una contraddizione di fondo che emerge sulla necessità o meno dell'esecuzione di una fisioterapia intensa per il recupero della capacità lavorativa dell'assicurato e, in particolare, se questa sia o meno una condizione per il reinserimento dell'assicurato in un'attività lavorativa superiore al 50%. Inoltre, la valutazione del SMR del 9 settembre 2009 e quella EFL del marzo 2010 non hanno tenuto

conto del sopralluogo svolto dall'amministrazione sul posto di lavoro dell'assicurato, in data 2 dicembre 2010, per accertare le mansioni svolte da quest'ultimo e fissare i limiti funzionali (cfr. doc. VI bis). Il medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_, nella valutazione del 8/9 settembre 2009 aveva riportato solo scarse informazioni sull'effettiva attività svolta da RI 1 in seno alla \_\_\_\_\_ SA: " Nella sua professione di Quality Manager è affiancato da un collega. Si tratta di eseguire sia analisi chimiche (gas-cromatografia) sia reazioni chimiche direttamente sui pezzi, il che richiede di sollevare oggetti del peso di circa Kg 10-15 " e sulla base di queste ha fissato i limiti funzionali (cfr. doc. AI 40-3). Come vedremo al consid. 2.6.2.3. le mansioni svolte da RI 1 in seno alla \_\_\_\_\_ SA sono molteplici e diversificate e non del tutto chiarite dall'amministrazione. Si rileva infine che anche il medico curante Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, ritiene il paziente abile al 50% (doc. D). Da parte sua il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, nel rapporto del 20 novembre 2009 ha indicato un'inabilità lavorativa del 50% nell'attuale professione e sottolineato che in considerazione delle diverse patologie presentate dall'assicurato si giustifica l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare (neuro-ortopedica/reumatologica, psichiatrica, cardiologica...) (doc. AI 51-6). L'Ufficio AI non ha tuttavia svolto una perizia pluridisciplinare, ma si è limitato ad eseguire una valutazione EFL presso la \_\_\_\_\_. Tuttavia, la complessità della patologia ortopedico-reumatologica, lo stato ansioso del paziente rilevato sia dalla perizia EFL (cfr. doc. 62-5) che dalla assunzione di ansiolitici (doc. F2) e le problematiche cardiologiche (nello scritto del 6 maggio 2009 il Dr. \_\_\_\_\_, primario specialista FMH in cardiologia, angiologia e medicina interna dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_ aveva ritenuto RI 1 inabile, per la sola patologia cardiologica, abile all'80% per attività che comportano sforzi fisici leggeri o anche moderati, cfr. doc. AI 18-1, giustificano – secondo questa Corte - un approfondimento pluridisciplinare (neuro-ortopedico/reumatologico, psichiatrico e cardiologico) come proposto dal Dr. \_\_\_\_\_, inteso a delucidare le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa dell'assicurato (cfr. STF 8C\_49/2011 del 12 aprile 2011; STF 8C\_1018/2010 del 18 aprile 2011). 2.6.2.3. Per quanto riguarda la questione, controversa, dell'attività svolta dall'assicurato presso la \_\_\_\_\_ SA, considerata dall'UAI " leggera e rispettosa dei limiti funzionali fissati in sede medica ", ma non per l'insorgente per il quale numerose attività sono invece da considerare " pesanti e impegnative ", questa Corte ritiene che non è possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che l'attività svolta da RI 1 sia leggera. L'inchiesta svolta dall'amministrazione, in data 2 dicembre 2010, non ha permesso di chiarire in modo convincente quali sono le attività svolte dall'assicurato in qualità di " Quality Manager (Responsabile Controllo Qualità) " e i conseguenti limiti funzionali. In particolare, se da un lato l'UAI ritiene che l'insorgente svolge una parte di lavori amministrativi (analisi chimiche e gascromatografiche e di reazioni chimico – fisiche riguardo la qualità sia delle materie prime che del prodotto finito e lavori d'ufficio), da computare nella valutazione complessiva delle mansioni (doc. XXbis), dall'altra il patrocinatore dell'assicurato rileva che tali attività amministrative occupano " sull'arco della settimana un tempo molto ridotto rispetto a tutte le altre mansioni, le quali richiedono un impegno fisico rilevante e continui spostamenti, nonché posizioni ergonomicamente gravose per rapporto al danno alla salute ". Attività che non possono essere considerate leggere come sostiene l'amministrazione (doc. XXVI+1). Risultano quindi controverse le attività riguardanti il trattamento del prodotto in entrata (secchio di 15 kg prelevato da ogni camion e preso in consegna dall'assicurato o da un collega) e in uscita (controllo e

livellamento delle piastrelle), l'analisi dei sacchetti in granulato, l'attività in magazzino (archiviazione delle piastrelle in un magazzino con scaffalature a più piani) e il prelievo del solvente (10 kg di solvente da prelevare dai contenitori del magazzino dei prodotti chimici) (cfr. doc. VI bis; VIII). Le risposte fornite all'UAI dal datore di lavoro, in data 28 aprile 2011 (doc. XXVIII), non hanno infatti permesso di chiarire alcuni punti controversi sulle attività svolte in azienda dall'assicurato. In particolare, l'UAI ha proposto una serie di suggerimenti per alleggerire il carico di lavoro dell'assicurato, di cui non è stata chiarita la fattibilità. Nello scritto e-mail del 28 aprile 2011 la consulente ha invitato l'azienda ad indicare se fosse possibile, per l'analisi delle piastrelle e del granulato, aprire le scatole nell'anti-laboratorio e mettere una piastrella / un sacchetto per volta sul carrellino e poi portare tutta la scatola nel laboratorio. La consulente ha quindi chiesto alla \_\_\_\_\_ SA se fosse possibile dotare l'attrezzo per il livellamento di un motorino per sgravare l'assicurato dal peso della lastra e infine suddividere il secchio da 15 kg di materiale in entrata in due sacchi da 7,5kg (doc. XXVIII1). La \_\_\_\_\_ SA non ha però risposto a questi suggerimenti in modo soddisfacente rilevando che le "azioni fattibilmente possibili da parte \_\_\_\_\_ SA (...) in modo tale da agevolare al massimo il lavoro del signor RI 1" e che "non ci sono ulteriori spazi e/o possibilità di agevolazioni per il signor RI 1, senza che vengano create ostacolazioni al lavoro di tutti gli altri collaboratori nei vari reparti" (doc. XXVIII2). L'UAI, tuttavia, nelle osservazioni del 9 maggio 2011 e del 6 giugno 2011 ha ritenuto attuabili alcune di queste misure di "parcellizzazione del lavoro" senza però che vi sia stato un riscontro positivo da parte dell'azienda. Anzi, sembrerebbe che nuove misure di adattamento non siano possibili da parte della \_\_\_\_\_ SA (cfr. doc. XXVIII; XXXIII+bis; XXVIII2).

2.6.2.4. Chiamato a pronunciarsi, il TCA, in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 sopra esposta (cfr. consid. 2.6.2.1.), ritiene che, nel caso di specie - alla luce dell'importante divergenza di valutazione della capacità lavorativa residua vada ulteriormente approfondito l'aspetto medico, tramite una perizia pluridisciplinare (neuro-ortopedica/reumatologica, psichiatrica, cardiologica) e svolto un ulteriore sopralluogo alla \_\_\_\_\_ SA per accertare quali sono le reali mansioni svolte dall'assicurato presso l'azienda.

2.7. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert (cfr. la nota pubblicata in SJ 1993, p. 560), il quale ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche. Ora, secondo Aubert, il risultato della giurisprudenza citata è quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Del resto, nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa,

l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche (cfr. in questo senso STCA 35.2004.100 del 9 marzo 2005). D'altra parte, in una sentenza C 206/00 del 17 novembre 2000, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la massima Corte federale ha ricordato - facendo riferimento a una sua pronunzia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto una perizia pluridisciplinare e svolga un ulteriore sopralluogo, in presenza di tutte le parti coinvolte, per accertare quali sono le reali mansioni svolte dall'assicurato presso la Forbo SA e fissare i conseguenti limiti funzionali. Quindi, in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita. In tale contesto l'UAI esaminerà pure, se del caso, l'eventualità di un cambiamento di professione (cfr. al riguardo doc. AI 43-2; ricorso doc. I, pag. 14; risposta di causa, doc. VI+bis, pag. 4). 2.8. 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 dell'Ufficio AI. 2.9. Vincente in causa, il ricorrente, patrocinato dall'avv. RA 1, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. STF K 63/06 del 5 settembre 2007 e la citata DTF 126 V 11 seg. consid. 2).

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