

## **TI\_GERICHTE 32.2011.164 vom 3. Mai 2011**

TI Tribunale d'appello, 2011-05-03, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2011.164](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.164)

FR: TI\_GERICHTE 32.2011.164 du 3 mai 2011

IT: TI\_GERICHTE 32.2011.164 del 3 maggio 2011

### **Regeste**

Rinvio per nuovi accertamenti medici. Andrà approfondita la questione se vi è stato o meno un peggioramento del quadro reumatologico anteriormente al provvedimento impugnato

### **Erwägungen**

#### **E. 11**

e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.3. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto dell'incapacità di guadagno non è possibile poiché - in simili condizioni - l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGa (cfr. art. 5 vLAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità, SVR 1996 IV Nr. 76 pag. 221 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136; Valterio, op. cit, pag. 199). A sua volta, l'art. 27 cpv. 1 OAI (cfr. art. 27 cpv. 2 OAI nelle versioni in vigore sino al 31 dicembre 2002 rispettivamente dal 1. gennaio al 31 dicembre 2003), precisa: " Per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità. Per mansioni consuete dei religiosi s'intende ogni attività svolta dalla comunità." L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragona quindi l'attività svolta dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quella che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; J. L. Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Lausanne 1995, pag. 458; A. Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, Basilea e Francoforte, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139; Valterio, op. cit. pag. 211). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro. 2.4. Nel caso in cui invece l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa torna applicabile l'art.

28 cpv. 2ter LAI secondo cui " Qualora l'assicurato eserciti un'attività lucrativa a tempo parziale o collabori gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa parte è determinata secondo l'articolo 16 LPGGA. Se inoltre svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2bis. In tal caso, occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e quella dello svolgimento delle mansioni consuete e poi determinare il grado d'invalidità in funzione della disabilità patita nei due ambiti." Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in plaidoyer 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg. Questa giurisprudenza è stata ribadita in una STF 9C 15/2007 del 25 luglio 2007 e in una STF I 126/07 del 6 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 504. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9 l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza ed ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI [nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004]) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. Al riguardo la giudice federale S. Leuzinger-Naef nello studio "Die familienbezogene Rechtsprechung der sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts im Jahre 2007" in FamPra.ch 1/2009 pag. 112 seg. ha sviluppato le seguenti considerazioni: " 4. Invaliditätsbemessung Hier ist auf die neueste Rechtsprechung zur sogenannten gemischten Methode hinzuweisen, da sie hauptsächlich Anwendung findet auf Personen mit familiären Betreuungspflichten, die ohne gesundheitliche Beeinträchtigung teilzeitlich erwerbstätig und im Übrigen im Aufgabenbereich, insbesondere im Haushalt, tätig wären: Für den Erwerbseinkommen im Gesundheits- und im Krankheitsfall verglichen, für den Aufgabenbereich ist der Umfang der Behinderung im Aufgabenbereich massgeblich. Anschliessend werden die Invaliditätsgrade der beiden Bereiche im Verhältnis der beiden Tätigkeitsbereiche gewichtet. In BGE 125 V 146 war offengelassen worden, ob eine allfällige verminderte Leistungsfähigkeit im erwerblichen Bereich oder im Aufgabenbereich infolge der Beanspruchung im jeweils anderen Tätigkeitsfeld zu berücksichtigen ist. Laut Urteil I 156/04 vom 13. Dezember 2005 sind die Arbeitsunfähigkeit sowie die noch. zumutbaren Tätigkeiten in beiden Bereichen grundsätzlich gleichzeitig, unter Berücksichtigung allfälliger Wechselwirkungen, zu beurteilen. In BGE 134 V 9 wurden die Grundsätze der Beachtlichkeit von Wechselwirkungen zwischen Erwerbs- und Aufgabenbereich präzisiert. So muss die sich aus der schlechten Vereinbarkeit der beiden Tätigkeitsbereiche ergebende negative gesundheitliche Auswirkung offenkundig und unvermeidbar sein. Die Wechselwirkungen sind zudem nur dann gesondert zusätzlich zu berücksichtigen, wenn sie in de Arzt- und Haushaltsabklärungsberichten nicht bereits berücksichtigt wurden, wenn die verbleibende Arbeitsfähigkeit im erwerblichen Bereich voll ausgenützt wird und wenn Betreuungspflichten vorhanden sind (ansonsten gar keine im Aufgabenbereich vorliegt). Sie

sind in jenem Bereich zu berücksichtigen, in dem sie sich stärker auswirken, und die Berücksichtigung ist auf (ungewichtet) 15 % beschränkt. Im Fall einer stark sehbehinderten Frau, die vollzeitlich als Telefonistin tätig gewesen war und nach der Geburt ihres Kindes ihre Erwerbstätigkeit auf 40% reduzieren wollte, diese Absicht aber nicht verwirklichen konnte, da sie wegen ihrer Sehbehinderung neben der familiären Mehrbelastung über keine Kapazitäten für die Ausübung der Berufstätigkeit verfügte, führten diese Präzisierungen zu einer Verneinung des Rentenanspruchs". L'Alta Corte nella sentenza dell'8 luglio 2011, pubblicata in DTF 137 V 334, ha riconfermato la sua giurisprudenza relativa al metodo misto e si è così espressa: " (...) 5.1 La doctrine s'est toujours montrée très critique à l'égard de la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (entres autres auteurs: HANS-JAKOB MOSIMANN, Teilerwerbstätige in der Invalidenversicherung, RSAS 2010 p. 271 ss; JEAN-LOUIS DUC, Du droit à une rente de l'AI des personnes n'exerçant une activité lucrative qu'à temps partiel. Le Tribunal fédéral des assurances ignore-t-il la loi-, PJA 2005 p. 1423 ss; EDGAR IMHOF, Die Bedeutung menschenrechtlicher Diskriminierungsverbote für die Soziale Sicherheit, in Jusletter du 7 février 2005, n. 21 ss; MARGRITH BIGLER-EGGENBERGER, Et si la justice ôtait son bandeau- La jurisprudence du Tribunal fédéral sur l'égalité entre femmes et hommes, 2003, p. 227 ss; FRANZ SCHLAURI, Das Rechnen mit Arbeitsunfähigkeiten in Beruf und Haushalt in der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung, in Schmerz- und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/Schlauri [éd.], 2003, p. 307 ss; UELI KIESER, Die Ermittlung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen, in Sozialversicherungsrechtstagung 2002, Schaffhauser/Schlauri [éd.], p. 9 ss; BAUMANN/LAUTERBURG, Knappes Geld - ungleich verteilt: Gleichstellungsdefizite in der Invalidenversicherung, 2001, p. 76 ss; SUSANNE LEUZINGER-NAEF, Sozialversicherungsrechtliche Probleme flexibilisierter Arbeitsverhältnisse, et ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Ausgewählte Gerichtsentscheide aus dem Sozialversicherungsrecht im Zusammenhang mit Teilzeitarbeitsverhältnissen, toutes deux in Neue Erwerbsformen - veraltetes Arbeits- und Sozialversicherungsrecht-, Erwin Murer [éd.], 1996, p. 91 ss et 187 ss; PETER STEIN, Die Invalidität, Weg oder Irrweg von Gesetzgebung und Praxis, in Sozialversicherungsrecht im Wandel: Festschrift 75 Jahre Eidgenössisches Versicherungsgericht, 1992, p. 441 s.). Elle estime en substance que le degré d'invalidité calculé selon la méthode mixte d'évaluation aboutit à un résultat peu satisfaisant, car souvent inférieur à celui obtenu avec l'aide d'une autre méthode. Dans la mesure où ce seraient les femmes qui en pâtiraient principalement, la méthode mixte d'évaluation serait par conséquent discriminatoire. (...) 5.3 Tel que défini à la base, le risque "invalidité" comporte deux composantes distinctes et opposées. Les critères sur lesquels se fonde l'évaluation de l'invalidité diffèrent selon que l'on a affaire à une personne exerçant ou n'exerçant pas d'activité lucrative; dans le premier cas, on tient compte de l'incapacité de gain, laquelle s'évalue sur la base de critères économiques; dans le second cas, on prend en considération l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels, qui résulte d'un examen empirique d'une situation factuelle particulière (cf. KIESER, op. cit., p. 35). Une même atteinte à la santé peut ainsi aboutir à des degrés d'invalidité différents en fonction de la méthode avec laquelle elle a été appréciée. Bien que problématique pour la compréhension, cette discordance est inhérente au système légal de l'évaluation de l'invalidité et ne saurait donner lieu à critique. La difficulté à laquelle a été confrontée la jurisprudence au cours du temps fut de concilier ces deux méthodes - très différentes dans leur conception - dans la situation d'une personne exerçant une activité lucrative à temps

partiel et consacrant le reste de son temps à ses activités habituelles. 5.4 Dans un premier temps, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'il n'était pas possible de considérer un assuré comme étant partiellement actif et non actif. Au contraire, il fallait distinguer nettement ces deux catégories; dans chaque cas, les organes de l'assurance-invalidité devaient déterminer si l'assuré qui prétendait à l'octroi d'une rente devait être considéré comme exerçant ou comme n'exerçant pas d'activité lucrative (principe de la prépondérance; ATFA 1964 p. 258). Par la suite, la jurisprudence a considéré que l'exercice d'une activité lucrative accessoire d'une personne assurée, occupée essentiellement aux tâches ménagères et à l'éducation de ses enfants, devait, lors de l'évaluation de son invalidité, être prise en compte dans le cadre de la méthode spécifique d'évaluation. Tel était le cas lorsqu'il y avait lieu d'admettre que le revenu que la personne assurée aurait réalisé si elle n'était pas devenue invalide, aurait représenté une part substantielle du revenu global du ménage ( ATF 98 V 259 consid. 2 p. 261). Malgré cette précision de jurisprudence, le Conseil fédéral a estimé que la règle définie par le Tribunal fédéral des assurances était difficile à appliquer dans la pratique et pouvait parfois aboutir à des résultats peu satisfaisants. Fort de ce constat, il a introduit à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1977 l'art. 27 bis RAI (RO 1976 2654). Selon la volonté du Conseil fédéral, l'évaluation de l'invalidité ne devait se faire désormais d'après le principe de la comparaison des revenus que si la personne assurée consacrait tout son temps à une activité lucrative. Chez les ménagères qui exerçaient une telle activité pendant une partie de leur temps, l'empêchement subi dans les travaux du ménage et dans l'activité lucrative devait être pris en considération d'une manière adéquate, et l'invalidité évaluée d'après la réduction des aptitudes dans chaque domaine (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité; RCC 1977 p. 18 et 1978 p. 407). Le Tribunal fédéral des assurances a reconnu que cette réglementation était conforme à la loi et, partant, fixé la méthode mixte dans l'ordre juridique suisse (arrêt I 350/77 du 28 septembre 1978 consid. 1b, in RCC 1979 p. 276; confirmé in ATF 125 V 146 ). Le législateur a définitivement inscrit dans la loi la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (art. 28 al. 2 ter LAI [RO 2003 3852]; aujourd'hui: art. 28a al. 3 LAI [RO 2007 5147]); sur l'origine de la méthode mixte d'évaluation, voir notamment SCHLAURI, op. cit., p. 309 s. et KIESER, op. cit., p. 25 s.). 5.5 Depuis son apparition, la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité n'a pas été remise en question dans son principe. Font en revanche l'objet d'une intense controverse, hier comme aujourd'hui, les modalités d'application de cette méthode, en particulier la détermination du degré d'invalidité pour la part que la personne assurée consacre à son activité lucrative (cf. supra consid. 5.1). 5.5.1 La loi consacre désormais trois régimes distincts d'évaluation de l'invalidité, qui, pour une même atteinte à la santé, peuvent aboutir à des conséquences asséculogiques sensiblement différentes. L'ouverture d'un droit à une rente d'invalidité en application de la méthode générale de la comparaison des revenus ne signifie pas qu'un tel droit devrait également s'ouvrir si la méthode spécifique ou la méthode mixte d'évaluation était appliquée. Le système de l'assurance-invalidité ne connaît pas de règle selon laquelle l'assuré aurait le droit de se voir appliquer la méthode qui serait la plus favorable à son égard ("Meistbegünstigungsklausel"). Chaque régime a pour but d'appréhender, de façon différenciée et spécifique, une situation de fait particulière: celle de l'assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, celle de l'assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et celle de l'assuré n'exerçant pas d'activité lucrative. La pluralité des méthodes fait donc partie de l'ordre des choses et permet de garantir que l'invalidité de la personne concernée est évaluée de la façon la plus adéquate possible. Eu égard à cette hétérogénéité, il ne serait pas correct de vouloir établir des comparaisons entre

ces diverses méthodes; chaque méthode doit être examinée pour elle-même selon les critères définis par la loi (voir arrêt I 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 5.1.1, in SVR 2006 IV n° 42 p. 151).

5.5.2 Lorsqu'une personne assurée décide de ne travailler qu'à temps partiel, elle fait un choix qui relève intrinsèquement de sa responsabilité personnelle directe; comme pour tout choix, il lui appartient de tenir compte des conséquences positives et négatives de ce choix. Si le travail à temps partiel a pour avantage de permettre un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et l'accomplissement des travaux habituels, il présente également des inconvénients non négligeables qui se traduisent en général notamment par des conditions d'emploi précaires, une diminution de salaire, la privation de certaines prestations sociales ou la limitation des perspectives de carrière (cf. infra consid. 6.1.2).

5.5.3 Selon la définition légale, l'incapacité de gain consiste en la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles ( art. 7 al. 1 LPGA ). Dans ce contexte, la rente de l'assurance-invalidité vise à la compensation d'un préjudice patrimonial qui présente une certaine importance ( art. 28 al. 2 LAI ); cela présuppose que la personne assurée subisse un dommage matériel objectif correspondant à une perte de gain ou à une incapacité à vaquer à ses occupations habituelles liée à l'invalidité de 40 % au moins. Compte tenu de la dualité méthodologique imposée par le législateur à l' art. 28a al. 3 LAI , la détermination de l'ampleur du dommage global subi dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne peut se faire qu'en évaluant de manière séparée le degré d'invalidité relatif à chaque domaine d'activité (sous réserve de la prise en compte des effets réciproques prévue à l' ATF 134 V 9 ). S'agissant de la part que la personne assurée consacre à l'exercice d'une activité lucrative, il convient, au moment de l'évaluation du degré d'invalidité, de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral (cf. supra consid. 5.2), soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. En choisissant de ne travailler qu'à temps partiel, la personne assurée renonce délibérément à une partie du salaire qu'elle pourrait réaliser en travaillant à plein temps pour se contenter du seul revenu de son activité à temps partiel; la diminution de revenu consécutive à ce choix ne résulte pas de facteurs médicaux et ne saurait être compensée, pour quelque raison que ce soit, par l'assurance-invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'indemniser une perte de revenu - hypothétique - relative à une activité que la personne assurée n'aurait jamais exercée en l'absence d'atteinte à la santé (cf. arrêt 9C\_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.3, in FamPra.ch 2010 p. 134). C'est pour ces motifs qu'il se justifie de prendre en compte, pour calculer le revenu sans invalidité, le salaire effectif réalisé par la personne assurée avant la survenance de l'invalidité (voir également ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53).

5.5.4 Pour sa part, la méthode généralement préconisée par la doctrine - et que la recourante suggère d'appliquer à son cas - demande à ce que le revenu sans invalidité soit calculé sur la base d'un temps plein (DUC, op. cit., p. 1425; SCHLAURI, op. cit., p. 334 s.; BAUMANN/LAUTERBURG, op. cit., p. 87 s.; LEUZINGER-NAEF, op. cit., p. 131; RUMO- JUNGO, op. cit., p. 210). Elle implique cependant la prise en compte et l'indemnisation d'un dommage virtuel et fictif, ce qui, on l'a vu, est contraire au but et à l'esprit de l'assurance-invalidité et à la notion d'assurance. L'application de cette méthode corrigée peut même dans certains cas conduire à placer la personne assurée dans une situation économique plus favorable que celle qu'elle connaissait avant la survenance de l'atteinte à la santé, comme l'illustre l'exemple suivant. Dans le cas

d'une personne assurée, qui travaillait à mi-temps avant la survenance de l'atteinte à la santé, dispose d'une capacité de travail de 50 % dans son activité lucrative et connaît un empêchement de 35 % dans ses activités habituelles, l'évaluation de l'invalidité, selon la solution proposée par la doctrine, aboutit à un degré d'invalidité de 42,5 % ( $[0,5 \times 50] + [0,5 \times 35]$ ), soit à l'ouverture d'un droit à un quart de rente, alors même que la personne assurée est en mesure de réaliser un gain identique à celui qu'elle touchait avant la survenance de l'atteinte à la santé et qu'elle n'aurait pas droit à une rente si la méthode spécifique était appliquée isolément.

5.5.5 Sur le vu des explications qui précèdent, il convient de rejeter l'argumentation selon laquelle l'application de cette méthode aurait pour conséquence de procéder à une double pondération du degré d'invalidité relatif à la part consacrée à l'activité lucrative. Il s'agit dans une première étape de calculer le degré d'invalidité - effectif - de la personne assurée, dans le respect du but et de l'esprit de l'assurance-invalidité, puis seulement dans une seconde étape de pondérer les champs d'activité.

6. Il est reproché à la méthode mixte d'évaluation d'empêcher les femmes, principales concernées par son application, de pouvoir choisir le modèle familial qu'elles souhaiteraient, dès lors qu'elle aurait pour effet de pénaliser les personnes exerçant une activité à temps partiel en les privant de facto de l'accès aux prestations de l'assurance-invalidité. Elle violerait ainsi les art. 8 et 13 al. 1 Cst. BGE 137 V 334 S. 347 6.1 6.1.1 L' art. 13 al. 1 Cst. , dont la portée est similaire à celle de l' art. 8 par. 1 CEDH , garantit le droit au respect de la vie privée et familiale, c'est-à-dire le droit de toute personne de mener sa vie selon son propre choix, de choisir son mode de vie, d'organiser ses loisirs et d'avoir des contacts avec autrui, respectivement d'entretenir librement ses relations familiales et de mener une vie de famille. Le droit au respect de la vie privée protège notamment l'identité, le respect de la sphère intime et secrète, l'honneur et la réputation d'une personne, ainsi que ses relations avec les autres, que ce soient ses relations de couple - marié ou non, de sexe différent ou de même sexe - ou ses relations avec son entourage. Le droit au respect de la vie familiale protège cette dernière contre les atteintes que pourrait lui porter l'Etat et qui auraient pour but ou pour effet de séparer la famille ou, au contraire, de la contraindre à vivre ensemble, ou encore d'intervenir d'une manière ou d'une autre dans la relation familiale, notamment dans les rapports entre les parents et leurs enfants (PASCAL MAHON, in Petit commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, 2003, n os 5 et 7 s. ad art. 13 Cst. ). En d'autres mots, le droit au respect de la vie privée et familiale garantit à l'individu un espace de liberté dans lequel il peut se développer et se réaliser, en disposant librement de sa personne et de son mode de vie ( ATF 133 I 58 consid. 6.1 p. 66).

6.1.2 L'ordre juridique suisse ne pose aucun obstacle à l'exercice d'une activité à temps partiel. Un tel choix d'orientation, comme tout choix de cette nature, entraîne des conséquences positives et négatives, que cela soit à un niveau personnel, matériel ou social. Les prestations fournies par le régime social d'assurance n'est qu'un facteur parmi d'autres entrant en ligne de compte dans la pondération des intérêts conduisant au choix de la personne assurée. Certes, un Etat social moderne se doit de couvrir les risques sociaux principaux, afin de permettre aux individus de se libérer du souci permanent de leur avenir. Ce devoir n'est toutefois pas sans limite. Il n'existe pas de principe général selon lequel l'Etat devrait assumer la prise en charge collective de tous les malheurs pouvant survenir dans la vie d'un individu. De fait, le régime social d'assurance n'est matériellement pas à même de répondre à tous les risques et besoins sociaux. Le contenu et les conditions de l'intervention de l'Etat sont définis par le législateur, en fonction des objectifs de politique sociale que celui-ci s'est fixés. Le droit au respect de la vie privée et familiale ne saurait à

cet égard fonder un droit direct à des prestations positives de l'Etat susceptibles notamment de favoriser l'exercice de la vie familiale ( ATF 134 I 105 consid. 6 p. 109; ATF 120 V 1 consid. 2a p. 4; voir également l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme Petrovic contre Autriche du 27 mars 1998, Recueil Cour-EDH 1998-II p. 579 § 26 ss). Certes convient-il de tenir compte des droits fondamentaux et principes constitutionnels lors de l'interprétation des normes ayant pour objet de fournir une prestation dans le domaine des assurances sociales, ainsi que lors de l'exercice du pouvoir d'appréciation, dans une mesure compatible avec l' art. 190 Cst. qui prévoit que les lois fédérales et le droit international s'imposent au Tribunal fédéral et aux autres autorités appliquant la loi ( ATF 134 I 105 consid. 6 p. 110). Cela étant, on ne voit pas que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité porterait atteinte au droit de toute personne de mener la vie et de choisir le modèle familial de son choix, dès lors que cette méthode d'évaluation en particulier et le régime social de l'assurance-invalidité en général n'ont pas pour but d'intervenir dans la relation familiale en tant que telle, même s'il peut indirectement en résulter des désagréments pour la personne travaillant à temps partiel pour des raisons familiales et devenant invalide (voir arrêt I 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 5.2, in SVR 2006 IV n° 42 p. 151). La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne viole par conséquent pas les art. 13 al. 1 Cst. ou 8 par. 1 CEDH.

6.2 6.2.1 Une décision ou un arrêté viole le principe de l'égalité de traitement consacré à l' art. 8 al. 1 Cst. lorsqu'il établit des distinctions juridiques qui ne se justifient par aucun motif raisonnable au regard de la situation de fait à réglementer ou qu'il omet de faire des distinctions qui s'imposent au vu des circonstances, c'est-à-dire lorsque ce qui est semblable n'est pas traité de manière identique et ce qui est dissemblable ne l'est pas de manière différente. Il faut que le traitement différent ou semblable injustifié se rapporte à une situation de fait importante ( ATF 134 I 23 consid. 9.1 p. 42 et la jurisprudence citée). Au principe d'égalité de traitement, l' art. 8 al. 2 Cst. ajoute une interdiction des discriminations. Aux termes de cette disposition, nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de son origine, de sa race, de son sexe, de son âge, de sa langue, de sa situation sociale, de son mode de vie, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques ni du fait d'une déficience corporelle, mentale ou physique. On est en présence d'une discrimination selon l' art. 8 al. 2 Cst. lorsqu'une personne est traitée différemment en raison de son appartenance à un groupe particulier qui, historiquement ou dans la réalité sociale actuelle, souffre d'exclusion ou de dépréciation. Le principe de non-discrimination n'interdit toutefois pas toute distinction basée sur l'un des critères énumérés à l' art. 8 al. 2 Cst. , mais fonde plutôt le soupçon d'une différenciation inadmissible. Les inégalités qui résultent d'une telle distinction doivent dès lors faire l'objet d'une justification particulière ( ATF 135 I 49 consid. 4.1 p. 53 et les références).

6.2.2 Parmi les personnes qui exercent une activité lucrative, 58,5 % des femmes exercent une activité à temps partiel contre 13,8 % des hommes (Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la population active [ESPA], Personnes actives occupées à plein temps et à temps partiel selon le sexe, la nationalité, les groupes d'âges, letype de famille, T 03.02.01.16 [2010, 4 e trimestre]). Le travail à temps partiel est ainsi une caractéristique de la vie professionnelle des femmes. Cette prépondérance des femmes parmi les travailleurs à temps partiel résulte avant tout de causes sociétales liées à la transformation des comportements individuels et des structures économiques. Au cours de ces dernières décennies, le statut de la femme dans la société a considérablement évolué. Les revendications quant à la place des femmes dans le monde du travail et quant au partage des tâches au sein de la cellule familiale sont devenues toujours plus importantes et écoutées. A cet égard, le développement du travail à temps partiel

reflète le souhait exprimé par celles-ci de pouvoir concilier, au mieux des intérêts de la cellule familiale, vies familiale et professionnelle. Le déséquilibre entre hommes et femmes dans la proportion de travailleurs à temps partiel a toutefois d'autres explications: les inégalités de qualifications et de salaires qui font que, dans un couple, c'est le moins bien rémunéré des deux qui travaillera à temps partiel ou encore le fait que le travail à temps partiel est particulièrement répandu dans le secteur des services, notamment de la vente, où les femmes sont, relativement, plus nombreuses que dans les autres activités (Office fédéral de la statistique, Rapport social statistique suisse 2011, p. 17 ss; Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes, Vers l'égalité entre femmes et hommes, Situation et évolution, 2008, p. 10 ss; voir également PATRICK BOLLÉ, Le travail à temps partiel: liberté ou piège-, Revue internationale du Travail 1997 p. 609 ss).

6.2.3 S'il est ainsi notoire que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité s'applique majoritairement aux femmes, ce seul fait ne constitue pas encore une raison suffisante pour conclure au caractère inégal et discriminatoire de cette méthode. La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité a pour objectif d'appréhender de manière adéquate une situation qui diffère de celles concernant les assurés exerçant une activité à plein temps ou sans activité lucrative. Elle vise un état de fait précis et se fonde sur des critères objectifs liés à la notion de risque assuré, à la base de l'assurance-invalidité. Ainsi, le choix d'appliquer cette méthode d'évaluation de l'invalidité ne se détermine aucunement d'après des critères liés spécifiquement au sexe de l'assuré ou qui seraient incompatibles avec l'interdiction constitutionnelle de la discrimination, mais d'après le statut du bénéficiaire éventuel de la rente (arrêt I 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 5.2, in SVR 2006 IV n° 42 p. 151). La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne viole par conséquent pas l'art. 8 Cst. ”.

2.5. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784ss; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150ss; STCA del 13 ottobre 1997 nella causa M.M; Valterio, op. cit., pag. 109; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, BG über die IV, Zurigo 1997, pag. 28, 30; Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, pagg. 190s).

2.6. Nel caso in esame, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurata, l'Ufficio AI ha affidato al Dr. \_\_\_\_\_ il mandato di esperire una perizia reumatologica (doc. AI 18-1). Nel rapporto dell'8 giugno 2009 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e medicina interna, dopo aver esposto l'anamnesi della paziente, i dati soggettivi e le constatazioni oggettive è giunto alla seguente diagnosi e valutazione: " (...) 4. Diagnosi Sindrome lombovertebrale cronica in - Discopatie L4/5 ed L5/S1 - Disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, iperlordosi terminale lombare con scoliosi sinistroconvessa lombare) - Decondizionamento muscolare - Obesità Coxalgia a destra in - Esiti da impianto di protesi totale dell'anca destra il 19.4.2007 e sostituzione della stessa il 2.5.2007 Gonartrosi bilaterali anamnestiche Piedi traversopiatti bilaterali con alluci valghi e dita a martello, con - Note artrosiche tarsometatarsali a sinistra (risonanza magnetica del piede sinistro del 15.9.2008) Periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito a destra in - Lesione del tendine muscolo sopraspinato - Artrosi acromeoclaveare con acromeon spiovente I con restringimento dello spazio subacromiale Poliartrosi delle dita B. Conseguenze sulla capacità di lavoro C. Conseguenze sulla

capacità d'integrazione Per quanto riguarda la capacità funzionale e di carico residua, giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale e di carico residua, descritta nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata, abile al lavoro nella misura del 100 con un rendimento massimo del 100 % a decorrere dall' 1.10.2007, ossia allorché riprendeva a lavorare nella misura del 50 % nella sua ultima attività principale come venditrice. In qualità di venditrice, con il mansionario citato sopra, giudico l'assicurata, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 30 %, dall'1.10.2007 fino al 15.2.2009 e nella misura del 40 %, a decorrere dal 16.2.2009, allorché si individuava una lesione strutturale alla spalla destra portante alla periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito a destra con conseguenti limiti funzionali e di carico menzionati nell'allegato. Analogamente, in qualità di casalinga, giudico l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 10 %, a decorrere dall' 1.10.2007 fino al 15.2.2009, con una diminuzione del rendimento del 25 % a decorrere dal 16.2.2009. Non penso che le misure terapeutiche sopradiscusse, rispettivamente un intervento chirurgico ortopedico alla spalla destra, potranno sostanzialmente modificare i limiti funzionali e di carico citati nell'allegato e quindi la capacità lavorativa in questa assicurata. Ringraziandovi per la fiducia accordatami, vi porgo i miei più distinti saluti." (Doc. AI 23/8-9) In sede di osservazioni al progetto di decisione del 23 giugno 2010 l'UAI ha predisposto un nuovo accertamento medico reumatologico presso il SMR, volto a valutare la presenza o meno di un peggioramento dello stato di salute (doc. AI 49-1). Nel rapporto dell' 11 ottobre 2010 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, dopo aver illustrato l'anamnesi della paziente, la terapia, i disturbi lamentati e lo status ha posto la seguente diagnosi e valutazione: "(...) Diagnosi: Sindrome lombovertebrale cronica in - Discopatie L4/5 ed L5/S 1 - Disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, iperlordosi terminale lombare con scoliosi sinistro-convessa lombare) - Decondizionamento muscolare - Artrosi sintomatica tarso metatarsale piede sinistro (RMN 15.9.2008) - Esiti di riparazione cuffia dei rotatori spalla destra (08.07.2010) Valutazione/c onclusione: Paziente di 59 anni. Sintomatologia osteoartrosica polidistrettuale. Prevale lombalgia cronica senza segni irritativi. Recente intervento per riparazione cuffia dei rotatori spalla destra. Valutazione peritale Dr. \_\_\_\_\_ in data 08.06.2009 con definizione di IL in attività abituale: 100% dal 04.2007; 30% da 01.10.2007; 40% dal 16.02.2009. Al confronto con l'obiettività del Dr. \_\_\_\_\_ si evidenzia peggioramento nei movimenti di flessione ed estensione del rachide lombare. Limitazione della spalla destra in miglioramento nel tempo dopo intervento. Prevale sintomatologia dolorosa all'avampiede sinistro in nota artrosi dell'arco metatarsale. La valutazione clinica odierna ha permesso di definire i limiti funzionali descritti nell'esame della funzionalità fisica in allegato. Le patologie descritte e documentate determinano in abituale attività lavorativa una IL del 50%. Tale IL è giustificata dalle frequenti posizioni inergonomiche, dai carichi di peso prolungati. Inoltre limite alla deambulazione e stazione eretta prolungata. La prognosi potrà essere favorevole in senso di stazionarietà. In tutte le attività lavorative rispettose dei limiti funzionali risulta esigibile una IL del 40% (tempo di lavoro). Medicalmente giustificata IL 100% in ogni attività dal 07.07.2010 alla data odierna (intervento spalla destra). Tutte le IL documentate vengono intese in termini di tempo lavora rito. IL da adattare al contratto lavorativo. Si allega modulo per la misurazione dell'escursione articolare e modulo per l'esame della funzionalità fisica. Le conclusioni cliniche del presente rapporto medico SMR vengono definite sulla base della piena

conoscenza dell'incarto e degli accertamenti approfonditi a disposizione. " (Doc. AI 51/7-8) 2.7. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo 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 ( 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). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la 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. 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. 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 é 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). Nella sentenza 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 il TF ha in particolare precisato quanto segue a proposito del valore probatorio delle perizie di un SAM: " 2.2.2 Das Bundesgericht hat in BGE 136 V 376 dargelegt, dass diese Kritik im Ansatz unzutreffend ist, weil sie die verfassungs- und gesetzesrechtlichen Grundlagen der schweizerischen Verwaltungsrechtspflege ausblendet. Danach handelt die IV-Stelle im Verwaltungsverfahren nicht als Partei, sondern als zur Neutralität und Objektivität verpflichtetes Organ des Gesetzesvollzugs. Solange kein Beschwerdeverfahren angehoben ist, läuft ein Einparteienverfahren mit dem Leistungsgesuchssteller als Partei und der IV-Stelle als Behörde, welche nach den Grundsätzen des Amtsbetriebes die Herrschaft über das Verfahren innehat. Nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren wird die Verwaltung zwar im prozessualen Sinne zur Partei; sie bleibt lite pendente indessen weiterhin an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes, der Objektivität und Neutralität verpflichtetes Organ. Daher hat sie nicht auch im materiellen Sinn Parteieigenschaft. Von dieser Rechtslage geht die Judikatur über die Beweiskraft versicherungsmedizinischer Berichte und Gutachten ( BGE 125 V 351 ; 122 V 157 ) aus. Sind formell einwandfreie und materiell schlüssige (das heisst beweistaugliche und beweiskräftige) medizinische Entscheidungsgrundlagen des Versicherungsträgers (Administrativgutachten) vorhanden, so besteht daher nach der Rechtsprechung kein Anspruch auf eine gerichtliche Expertise ( BGE 135 V 465 E. 4 S. 467). Gemäss der Rechtsauffassung, wie sie in der gesetzlichen Ordnung über die Amtsermittlungspflicht des Sozialversicherungsträgers zum Ausdruck kommt, wird Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schwergewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens geführt, nicht im gerichtlichen Prozess. Hierin liegt eine Grundentscheidung des Gesetzgebers, deren Abänderung im formellen Gesetz vollzogen werden müsste (vgl. Art. 164 Abs. 1 lit. e-g BV). Die Verwaltung ist aufgrund von Art. 89 Abs. 2 lit. a BGG immer dann zur Beschwerde berechtigt, wenn der angefochtene Akt die Bundesgesetzgebung in ihrem Aufgabenbereich verletzen kann. Aus der formellen Parteieigenschaft der Durchführungsstelle im gerichtlichen Prozess bzw. der Legitimation zur Erhebung von Beschwerden in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann offensichtlich nicht gefolgert werden, auch die Beweiserhebungen der IV-Stelle im (vorausgehenden) nichtstreitigen Verfahren bis zum Verfügungserlass seien Handlungen einer (formellen) Partei, womit das spätere gerichtliche Abstellen hierauf gegen die Verfassung oder die EMRK verstiesse. 2.2.3 Die grundsätzliche Verfassungs- und Konventionsmässigkeit der Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute in der schweizerischen Invalidenversicherung bestätigt ein rechtsvergleichender Ausblick. Danach kann - eine zweifellos in die Kompetenz des nationalen Gesetzgebers fallende Grundentscheidung - die medizinische Sachkompetenz entweder bei der entscheidenden Behörde selber liegen oder bei zur Entscheidung im Einzelfall beizuziehenden Sachverständigen. (...) 2.3 Im Hinblick auf die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts sind die MEDAS gesetzlich (Art. 59 Abs. 3 IVG) vorgesehene Hilfsorgane der Invalidenversicherung. Als solche unterliegen sie gleich wie die IV-Stellen selber dem verfassungsmässigen Gebot eines neutralen und objektiven Gesetzesvollzugs. Institutionell wird die Eigenschaft der Neutralität und Objektivität durch die selbständige

Stellung der MEDAS gestützt. Ihre Selbständigkeit zeigt sich darin, dass sie in ganz verschiedenen, selber gewählten Rechtsformen auftreten und auf unterschiedlichen Trägerschaften beruhen; sodann werden sie vom BSV weder fachlich beaufsichtigt (vgl. Art. 64a IVG), noch sind sie im Einzelfall weisungsgebunden. Ihre Kosten werden naheliegenderweise aus der IV-Rechnung gedeckt, weshalb sie mit dem BSV auf tarifvertraglicher Grundlage zusammenarbeiten (zu der daraus sich ergebenden Problematik vgl. aber unten E. 3.1.2). Unter diesen Umständen kann das Gebot der Verfahrensfairness nicht allein durch den Umstand verletzt sein, dass gutachtliche und andere medizinische Erkenntnisse aus dem Administrativverfahren die wesentliche tatsachenbezogene Entscheidungsgrundlage für die gerichtliche Überprüfung des Verwaltungsaktes bilden. Die Konzeption, wonach ein Gericht auf die vom Versicherungsträger korrekt erhobenen Beweise abstellen und auf ein eigenes Beweisverfahren verzichten darf, bleibt grundsätzlich vereinbar mit Völker- und Bundesrecht ( BGE 135 V 465 E. 4.3.2 S. 469). Aus der Rechtsvergleichung ergibt sich keine im europäischen Raum allgemein anerkannte einheitliche Rechtsauffassung, dass über streitige Sozialleistungen nur aufgrund eines gerichtlichen Beweisverfahrens abschliessend entschieden werden dürfte (unten E. 4.3). Eine andere Frage ist, wie es sich verhält, wenn ein Gericht die ursprüngliche Beweisgrundlage einmal verworfen hat (dazu unten E. 4.4 .)" (...) Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) 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 premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.8. Al fine di stabilire il grado d'invalidità, l'Ufficio AI, applicando il metodo misto, ha valutato al 70% la parte dedicata all'attività salariata e al 30% la quota dedicata alle mansioni domestiche. Tale suddivisione deve essere confermata. La stessa si fonda sul questionario del datore di lavoro del 28 ottobre 2008 (doc. AI 15-3, 15-9) ed è stata confermata dalla ricorrente durante l'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica e dal suo rappresentante (cfr. doc. AI 29-2, doc. I, pag. 1). 2.9. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto la problematica reumatologica non è stata chiarita in modo soddisfacente. L'assicurata è stata sottoposta ad un esame reumatologico ad opera del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e medicina interna, il quale nella perizia dell'8 giugno 2009 ha diagnosticato una "Sindrome lombo vertebrale cronica in – Discopatie L4/5 ed L5/S1. - Disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, iperlordosi terminale lombare con scoliosi sinistroconvessa lombare). Decondizionamento muscolare. Obesità. Coxalgia a

destra in – Esiti da impianto di protesi totale dell'anca destra il 19.4.2007 e sostituzione della stessa il 2.5.2007. Gonartrosi bilaterali anamnestiche. Piedi traversopiatti bilaterali con alluci valghi e dita a martello, con – Note artrosiche tarsometatarsali a sinistra (risonanza magnetica del piede sinistro del 15.9.2008). Periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito a destra in – Lesione del tendine muscolo sopraspinato. – Artrosi acromeoclaveare con acromion spiovente I con restringimento dello spazio subacromiale. Poliartrosi delle dita ” (doc. AI 23-8+9). Per quanto riguarda la capacità lavorativa residua - secondo il perito - l'assicurata nell'ultima attività lavorativa di venditrice è da considerare abile al lavoro al 70% dal 1° ottobre 2007 al 15 febbraio 2009 e al 60% dal 16 febbraio 2009, in presenza della lesione strutturale alla spalla destra (doc. AI 23-9). In attività adeguata RI 1 è abile al lavoro in misura piena (100%) dal 1° ottobre 2007, mentre quale casalinga l'abilità è del 90% dal 1° ottobre 2007 al 15 febbraio 2009 e del 75% dal 16 febbraio 2009 (doc. AI 23-9). Il medico curante, Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, nel rapporto del 30 settembre 2009 e nello scritto del 1° ottobre 2009, pur non discostandosi dalla diagnosi posta dal perito aveva già indicato un “ lento e graduale peggioramento ” con particolare riferimento ai dolori lombari “ più ingravescenti con a volte l'apparizione di parestesie e radicolopatie nonostante terapia medicamentosa, fisioterapia e un ciclo infiltrativo a livello delle faccette articolari L4/L5” . Il medico curante riteneva opportuno il riconoscimento di un'incapacità lavorativa del 100% (doc. AI 32-1; 33-1). Nello scritto del 1° marzo 2010 il medesimo specialista ribadiva la totale incapacità al lavoro (100%) di RI 1 . Nel certificato del 14 giugno 2010 il Dr. \_\_\_\_\_ ha nuovamente attestato un lento ma graduale peggioramento del quadro clinico con l'apparizione, a livello della spalla destra, di una “ rottura a tutto spessore del sopraspinato retratta per 2 cm ”(doc. AI 47-2). Su indicazione del medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_, l'amministrazione ha svolto quindi un nuovo accertamento – presso il SMR – della patologia reumatologica allo scopo di valutare l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurata (doc. AI 49-1). Nel rapporto dell'11 ottobre 2010 del SMR il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, ha posto la diagnosi di “ Sindrome lombovertebrale cronica in – Discopatie L4/5 ed L5/S1. - Disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, iperlordosi terminale lombare con scoliosi sinistro-convessa lombare). Decondizionamento muscolare. Artrosi sintomatica tarso metatarsale piede sinistro (RMN 15.9.2008). - Esiti da riparazione cuffia dei rotatori spalla destra (08.07.2010)” (doc. AI 51-7). Secondo il medico del SMR l'assicurata nell'abituale attività è inabile al 50%, mentre in attività adeguate e rispettose dei limiti funzionali l'inabilità è del 40%. Dal 7 luglio 2010 fino alla data della perizia vi è inabilità al 100% per l'intervento alla spalla destra (doc. AI 51-8). Questa valutazione del Servizio Medico Regionale (SMR) dell'AI non convince il TCA. Infatti, il medico del SMR, pur riconoscendo un peggioramento del quadro clinico rispetto a quanto valutato dal Dr. \_\_\_\_\_: “ nei movimenti di flessione ed estensione del rachide lombare. Limitazione della spalla destra in miglioramento nel tempo dopo intervento. Prevalenza sintomatologia dolorosa all'avampiede sinistro in nota artrosi dell'arco metatarsale ” (doc. AI 51-8) ha fissato un'inabilità lavorativa totale dal 7 luglio 2010 (per l'intervento di riparazione della cuffia dei rotatori alla spalla destra) fino alla data della perizia (11 ottobre 2010) per poi indicare un'inabilità al 50% nell'abituale lavoro e al 40% in attività adeguate (doc. AI 51-8) senza tuttavia adeguatamente motivare le ragioni che hanno spinto il perito a fissare un'inabilità lavorativa totale dalla data dell'intervento soltanto fino a quello della visita presso il SMR. L'inabilità lavorativa al 100% è stata ridotta al 50% (ultima attività) e al 40% (attività adeguate) a far

tempo dall'11 ottobre 2010 verosimilmente solo perché a quel momento la paziente è stata peritata. La valutazione dell'amministrazione non convince per un'ulteriore ragione. Nel certificato medico del 12 maggio 2011 il Dr. \_\_\_\_\_ ha fissato un'inabilità lavorativa del 100% fino a data da stabilire in considerazione di un consulto presso il Dr. \_\_\_\_\_ inteso a valutare un intervento al piede sinistro (doc. A6), Nello scritto del 26 maggio 2011 \_\_\_\_\_ viene quindi prospettato per il 16 giugno 2011 un intervento chirurgico di “ Artrodesi tarso metatarsale 2 e 3 ed escissione nervo intermetatarsale 2 e 3 e osteotomia MT+ F+ Dig1 sinistra ” (doc. A5). La documentazione medica in questione è stata sottoposta al SMR per valutazione. Nelle annotazioni del 10 giugno 2011 il Dr. \_\_\_\_\_ ha fissato un'inabilità lavorativa totale (100%) per qualsiasi attività lavorativa dal 12 maggio 2011 per una durata di 3-6 mesi (doc. IV1). L'UAI ha concluso indicando che la nuova refertazione medica prodotta si riferisce ad un'epoca successiva alla data di emissione della decisione impugnata e dunque non pertinente. Per consolidata giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, – in concreto il 3 maggio 2011 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). Le certificazioni dell'\_\_\_\_\_ del 26 maggio 2011 e quella del 12 maggio 2011 del Dr. \_\_\_\_\_ prodotte dalla ricorrente in via ricorsuale, sono successive di pochissimi giorni alla decisione impugnata. Secondo questa Corte esse vanno tuttavia prese in considerazione, in quanto visto il periodo di tempo molto breve intercorso tra la decisione impugnata e i referti in questione, non si può escludere che facciano riferimento ad un quadro clinico antecedente al provvedimento contestato. Esse sono dunque suscettibili di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione precedente la decisione del 3 maggio 2011 (cfr. STFA U 299/02 del 2 settembre 2003). 2.10. 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. 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, ritiene che, nel caso di specie - alla luce della divergenza di valutazione esistente, quanto all'influsso delle patologie reumatologiche sulla capacità lavorativa residua dell'assicurata tra quanto stabilito dal SMR e quanto invece valutato dai medici curanti Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_ - non sia possibile, in mancanza di ulteriori approfondimenti, stabilire con precisione quale sia l'esigibilità lavorativa dell'assicurata. In particolare, andrà ulteriormente approfondita la questione se vi è stato o meno un peggioramento del quadro reumatologico anteriormente al provvedimento impugnato. Questi aspetti dovranno quindi essere approfonditi dall'UAI tramite un complemento peritale da parte del Dr. \_\_\_\_\_ del SMR. 2.11. Nella già citata sentenza 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali casi può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. L'Alta Corte ha al riguardo sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen ( BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen ( BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung)

bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009)". (ATF 137 V 263-265) Nella concreta evenienza, ritenuto come vi siano degli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"), si giustifica il rinvio degli atti all'UAI ai sensi della giurisprudenza citata. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto un approfondimento inteso a delucidare le ripercussioni della patologia reumatologica sulla capacità lavorativa dell'assicurata come precisato al consid. 2.10.. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita. 2.12. V isto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurata, patrocinata da un sindacato, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di un importo di fr. 1'000.-- a titolo di ripetibili. 2.13. 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.

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