

TI_GERICHTE 32.2011.231 vom 14. Juli 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-07-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.231

FR: TI_GERICHTE 32.2011.231 du 14 juillet 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.231 del 14 luglio 2011

Regeste

Decisione con la quale UAI ha attribuito all'assicurato 1/4 di rendita non può essere confermata dal TCA, dato che l'aspetto medico non è stato sufficientemente approfondito dall'amministrazione, la quale si è basata solo sul parere del SMR, senza ordinare una perizia pluridisciplinare. Rinvio atti

Erwägungen

E. 4

cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 2.4. Dopo avere esaminato i rapporti medici inviati dai medici curanti dell'assicurato all'attenzione dell'UAI, nelle sue annotazioni mediche del 30 aprile 2010, il dr. _____ del SMR, specialista FMH in medicina interna (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), ha osservato: " Domanda di prestazioni del 3 marzo

appare sereno e tranquillo. Il datore di lavoro riferisce di essere molto soddisfatto delle prestazioni del dipendente per quanto riguarda precisione ed affidabilità. Il suo rendimento è però ridotto: egli è presente tutto il giorno, ma presta, secondo il suo stato di salute, tra 40 e 60%, in media scarsi 50% intercalando delle pause supplementari (durante le quali si sdraia con le gambe rialzate) e lavorando lentamente. La tolleranza allo stress è ridotta. Grazie al rapporto di fiducia con il dipendente, il datore di lavoro è a conoscenza del genere del danno della salute e dimostra ampia comprensione confermando di non essere intenzionato a sciogliere il rapporto di lavoro. Il lavoro è fisicamente medio-leggero a volte deve alzare e spostare pezzi di carrozzeria pesanti, e si svolge sempre in posizione eretta in officina o nell'apposita cabina di verniciatura chiusa ed adeguatamente ventilata. L'assicurato ha conseguito l'apprendistato di verniciatore di carrozzeria presso la Carrozzeria _____, dove ha successivamente lavorato. Dopo alcuni cambiamenti del posto di lavoro ha avuto un'attività in proprio per 3 anni prima di lavorare per 8 anni alle dipendenze della Carrozzeria _____ e dal 1° novembre 2008 presso l'attuale datore di lavoro. Durante i precedenti periodi non si sono verificati dei periodi d'inabilità lavorativa di lunga durata. L'assicurato presenta diversi danni della salute: - Piede equino funzionale a destra, ultimamente sintomatico con metatarsalgie che rendono necessario l'uso di scarpe speciali. - Coxartrosi a sinistra, impianto di protesi totale in data 17 agosto 2009 (Dr. _____) con buon risultato. - Gonalgia a destra con accorciamento dei tendini flessori, oggetto di cure fisioterapiche con discreto successo. - Esiti di intervento urologico (non meglio precisato) nel 2004 con formazione di linfedema cronico all'arto inferiore destro necessitante calze compressive e periodicamente drenaggio linfatico. Non porta le calze con regolarità, p. es. all'occasione della visita odierna no. - Insufficienza aortica su valvola bicuspidale e dilatazione dell'aorta toracica, manifestatasi con uno scompenso acuto con fibrillazione atriale tachicardica nell'ottobre 2001 ed operata con impianto di condotto valvolato con buon risultato, all'ultimo controllo cardiologico del 2008 frazione d'eiezione = 50% e funzionamento della valvola buono, si sottopone regolarmente a controlli medici e cure cardioreabilitative. Coronarie normali. - Obesità (IMC > 35 kg/m²), i tentativi di dimagrire tramite cure dietetiche sarebbero tutti falliti. - Sindrome ansiosa caratterizzata da disturbi cardiaci (tachicardia, dispnea da sforzo) e sindrome depressiva con regresso episodio importante caratterizzato da pensieri auto clastici ed oggetto di terapia con psicofarmaci e colloqui di sostegno, dapprima presso l'allora medico curante Dr. _____ e successivamente presso l'SMP di _____ (Dr.ssa?) fino a 3-4 anni fa. Da allora l'assicurato autogestisce una terapia composta da tranquillanti ed antidepressivi (Temesta®, Tranxilium®, Deanxit® ed Efexor®) senza ulteriori controlli specialistici. Procedere: - il controllo cardiologico comunque indicato annualmente metterà chiarezza sull'effettiva funzione cardiaca ed eventuali compromissioni - è auspicabile un ripristino della presa a carico specialistica della sindrome ansiosa e depressiva con colloqui di sostegno e gestione della farmacoterapia. Prognosi: La prognosi circa un aumento della capacità lavorativa appare favorevole, un ripristino della piena capacità lavorativa nell'attività abituale o in un'altra confacente appare tuttavia improbabile alla luce dei complessi danni della salute." (Doc. 21/1-2) Nel rapporto medico dell'11 gennaio 2011, il dr. _____ del SMR ha poste le diagnosi principali di "esiti di intervento urologico (2004) su linfedema secondario stadio III parzialmente regressivo dell'arto inferiore sinistro; insufficienza aortica su valvola bicuspidale ed aneurisma dell'aorta su intervento di Bentali con condotto valvolato (2002), anticoagulazione, frazione di eiezione = 50% (limite inferiore della norma)", quali ulteriori diagnosi con influsso sulla

capacità lavorativa quelle di “accorciamento dei tendini flessori del ginocchio destro con meniscopatia degenerativa; coxartrosi a sinistra con impianto di protesi dell’anca sinistra (17 agosto 2009)”, mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa ha indicato quelle di “obesità (IMC = 30.7 kg/m²); sindrome ansiosa; piede equino funzionale a destra con indicazione per scarpe speciali” (doc. 42-1). Il dr. _____ - dopo avere indicato, quali limiti funzionali, che l’interessato “può lavorare tutto il giorno, il rendimento è ridotto a causa delle pause supplementari necessarie (per sdraiarsi con le gambe rialzate). La tolleranza allo stress è ridotta, la prestazione lavorativa rallentata. Egli può alzare e spostare pesi fino a 10 kg, talvolta anche fino a 15-20 kg. Professioni con elevato rischio di ferirsi sono controindicate per l’anticoagulazione in atto a vita” – ha ritenuto l’assicurato inabile al lavoro al 50% dal 18 gennaio 2010, osservando: “ (...) Assicurato con patologia complessa di carattere vascolare, cardiaco ed ortopedico, il quale è ritenuto inabile al lavoro al 50% sia dall’angiologo, sia dal chirurgo ortopedico. La capacità residuale è sfruttata nel migliore dei modi presso l’attuale datore di lavoro, il quale ha una piccola impresa e si dimostra estremamente comprensivo nei confronti del dipendente, come ho potuto constatare all’occasione della mia visita in ditta del 20 maggio 2010. Il datore di lavoro sottolinea del resto come si tratta di un dipendente preciso ed affidabile. I periodi d’inabilità lavorativa indicati sono documentati.” (Doc. 42/2) 2.5. In sede ricorsuale, l’assicurato ha criticato la decisione dell’UAI di attribuzione di un quarto di rendita a partire dal 1° maggio 2010, trasmettendo al TCA il seguente referto, datato 8 settembre 2011, redatto dal dr.

_____, specialista FMH in medicina interna e angiologia: “ Con la presente certifico che il summenzionato, a partire da inizio giugno 2011, presenta 3 patologie di relativa nuova insorgenza, per le quali sono in corso degli accertamenti ulteriori. - sindrome delle apnee notturne ostruttive. È in discussione l’applicazione di un dispositivo C-PAP notturno. Il paziente viene seguito dal Dr.med. _____; - dolori importanti ed acuti nella regione dell’inguine e dell’anca di destra di origine ancora non determinata di nuova insorgenza e investigati da parte del Dr. med. _____, Ortopedia FMH; - presenza di grossi clavi dolorosi al piede destro in presenza d’importanti difficoltà deambulatorie ed è curato dal Dr. med. _____, Dermatologia FMH e vi è richiesta formale per scarpe ortopediche su misura. Restano comunque aperte le problematiche del ginocchio di destra con un flexum che non ha potuto essere operato a causa dell’insorgenza della problematica dell’anca destra.” (Doc. B) Al riguardo, il dr. D. _____ del SMR, specialista FMH in medicina generale, nelle annotazioni del 20 settembre 2011, ha osservato: “ Richiesta 3.2010 Assicurato con IL 50% da 5.2009 per problematica ortopedica e vascolare. Visita sul posto di lavoro 5.2010 (dr. _____) e seguente valutazione: si conferma IL 50% (rendimento ridotto) si calcola un grado AI 47% dopo confronto redditi, segue decisione del 14.7.2011 Ricorso: certificato dr. _____ del 8.9.2011: presenza di nuove patologie in accertamento: - sindrome delle apnee notturne con probabile trattamento C-PAP - dolori inguine destra - clavi dolorosi ai piedi con necessità di scarpe ortopediche su misura Valutazione: - si conferma una IL de l 50% nell’attività abituale, attività adatta al danno alla salute con attuale posto di lavoro ideale (valutazione confermata tramite sopralluogo) e datore di lavoro che mostra ampia comprensione. - L’attuale documentazione medica indica nuove patologie senza specificare l’influsso sulla CL. Da notare che attualmente non vi è certificata, da quanto risulta dall’incarto, una IL superiore al 50%. - L’attività attualmente svolta non risulta dannosa per l’assicurato, attività che di fatto riesce a svolgere con un rendimento del 50%. ” (Doc. VIII/1) L’assicurato ha poi trasmesso al TCA i seguenti certificati medici: - referto del 25 ottobre 2011 del dr. _____,

specialista FMH in medicina interna, indirizzato al dr. C. _____, del seguente tenore:
" Con la seguente lettera vorrei indirizzarti con una certa urgenza il sopraccitato paziente per un ricovero presso il tuo nosocomio. Ho parlato con il paziente in un modo approfondito sull'intenzione di ricoverarlo presso la Clinica _____. Dal punto di vista internistico non ci sono particolari problemi, il paziente è in cura per: Una cardiopatia valvolare Una lieve sindrome di apnea notturna Uno stato dopo protesi anca sinistra Attualmente una gonalgia per gonartrosi ginocchio ds Il paziente è sotto la seguente terapia: sintrom sec. Quick Beloc Zok 50 1-0-0 Seropram 20 1-0-0 Tranxilium

E. 5

al bisogno. Indicazione del ricovero è una grave sindrome ansio-depressiva, reattiva su usura, mobbing, maltrattamento su forma di schiavitù da parte del datore di lavoro. Infatti malgrado una invalidità con certificato medico al 100% da parte dell'ortopedico, il paziente per ricatti da parte del datore di lavoro va obbligato a lavorare fino a tarda notte, che ha portato a una sindrome di disadattamento grave con una sindrome ansio-depressiva reattiva. Il paziente accennava un possibile tentamen se non riesce ad uscire da questo circolo vizioso. L'unica soluzione a mio avviso è un ricovero, una terapia medicamentosa e sostegno psicologico, per rientrare in qualche modo nella sua attività professionale in un'altra ditta. Per i dettagli sono disponibile a spiegarli verbalmente, sul mio numero diretto 683 66 12. Ti ringrazio per la collaborazione e ti prego di convocare il paziente tramite il suo telefono portatile. PS: il paziente dice di essere stato seguito dal servizio di psichiatria a _____, purtroppo non sono in possesso di nominativi." (Doc. E2) - referto del 10 novembre 2011 del dr. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, indirizzato alla patrocinatrice dell'interessato, del seguente tenore: " Come Lei sa, il Signor RI 1 è ricoverato all'Ospedale _____, nel reparto di psichiatria e psicoterapia, dal 4.11.2011. Le sue condizioni di salute sono in fase di valutazione; egli soffre di una patologia che abbraccia tanto l'aspetto fisico quanto l'aspetto psichico e quest'ultimo in particolare chiede un periodo di osservazione e di valutazione stimabile in alcune settimane almeno. Le potrò fornire informazioni più precise non prima della metà di dicembre." (Doc. E1) Nelle sue annotazioni del 18 novembre 2011, il dr. _____ del SMR ha osservato: " Assicurato attualmente ricoverato a _____ dal 4.11.2011. Valutazione: dall'attuale certificazione risulta peggioramento dello stato di salute a partire dal 4.11.2011 con attuale IL 100%, CL da valutare nel decorso." (Doc. XVII/bis) 2.6. 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 è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). 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.)" (ATF 137 V 232-233 e 236-237) 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).

2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto i disturbi che affliggono l'assicurato non sono stati sufficientemente chiariti. Nel rapporto medico dell'11 gennaio 2011, il dr. _____ del SMR ha considerato l'assicurato inabile al lavoro al 100% dal 17 agosto 2009 al 17 gennaio 2010 e inabile al lavoro al 50% a partire dal 18 gennaio 2010, sottolineando che l'interessato, affetto da una "patologia complessa di carattere vascolare, cardiaco ed ortopedico", è stato "ritenuto inabile al lavoro al 50% sia dall'angiologo, sia dal chirurgo ortopedico" (doc. 42-2). A tale proposito, il TCA rileva, innanzitutto, che è vero che il dr. _____ e il dr. _____ hanno considerato l'assicurato ancora abile al lavoro al 50% dal profilo internistico, rispettivamente da quello ortopedico (cfr. doc. 17-4; 17-7). È altrettanto vero, tuttavia, che il dr. _____ del SMR, partendo da tali valutazioni dei medici curanti, ha semplicisticamente tratto la conclusione che l'interessato presenti globalmente una capacità lavorativa residua del 50% (cfr. doc. 42-2). Come correttamente indicato dalla patrocinatrice in sede ricorsuale, essendo l'assicurato affetto da numerosi disturbi, interessanti diversi ambiti della medicina – che, secondo la definizione posta dallo stesso medico del SMR, danno luogo ad una "patologia complessa di carattere vascolare, cardiaco ed ortopedico" (cfr. doc. 42-2) - a mente del TCA l'amministrazione non poteva limitarsi, come invece ha fatto, a basarsi sulle indicazioni fornite dai curanti al fine di esprimere un giudizio globale in merito alla capacità lavorativa residua dell'interessato, ma avrebbe dovuto, al contrario, far capo ad una valutazione peritale pluridisciplinare, al fine di determinare con precisione il grado complessivo dell'incapacità lavorativa dell'interessato. Al riguardo, va qui ricordato che secondo l'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo ad un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA del 4 settembre 2001 nella causa D., I 338/01, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, lo stesso TFA ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità

lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che "una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo". Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali", in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). Già solo per questi motivi la decisione dell'amministrazione -basata, dal profilo medico, sul rapporto medico dell'11 gennaio 2011 del dr. _____ del SMR e non su una perizia pluridisciplinare comprendente anche una "ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati" - non può essere confermata dal TCA, in mancanza di sufficienti elementi, dal profilo medico, per determinare con sufficiente tranquillità quale sia il grado di capacità lavorativa complessiva residua dell'interessato. Questo aspetto dovrà quindi essere oggetto di accurato approfondimento in sede peritale pluridisciplinare. Inoltre, il TCA ritiene che un approfondimento peritale sia necessario anche relativamente all'aspetto psichiatrico. Il TCA rileva, infatti, che, nonostante dalla documentazioni agli atti risulti che l'interessato soffre, da anni, di disturbi psichici, per i quali assume una terapia farmacologica, il dr. _____ del SMR non ha ritenuto opportuno approfondire la tematica psichiatrica, limitandosi ad indicare che l'interessato presenta anche una "sindrome ansiosa", senza influsso sulla capacità lavorativa (doc. 42-1). Questo Tribunale non ritiene corretto l'operato dell'amministrazione, per i motivi seguenti. Già nelle annotazioni per l'incarto del 9 aprile 2010, il dr. _____ del SMR ha indicato che, tra i problemi di salute dell'interessato, vi è quello relativo ad una "struttura di personalità di tipo piuttosto dipendente, magari con problematica depressiva (assume Efexor e Deanxit)" (doc. 12-1). Nel "rapporto di valutazione IT – Assessment" del

E. 9

aprile 2010, il consulente incaricato ha rilevato che "l'assicurato informa che assume da anni degli antidepressivi (Deanxit e Efexor che assume al mattino) e Sintrom (la sera), comunica che ha diminuito una pastiglia, ha tentato di eliminare il Deanxit e il Efexor ma che la problematica è peggiorata" (doc. 13-2). Nel rapporto medico del 19 aprile 2010, il dr. _____ ha, tra l'altro, indicato che "per quanto riguarda gli impedimenti mentali psichici, si tratta di un paziente che in passato ha sofferto di una situazione depressiva per le polimorbidity del quale egli purtroppo è rimasto vittima, malformazioni congenite, complessa problematica urologica con linfedema secondario, che sembrano ora essere nettamente migliorati grazie alla presa a carico da parte del suo datore di lavoro" (doc. 17-4). A fronte di queste indicazioni, nelle annotazioni del 30 aprile 2010, lo stesso dr. _____ del SMR ha ritenuto opportuno "convocare l'assicurato per un colloquio, all'occasione del quale si stabilisce anche l'eventuale indicazione per una valutazione specialistica psichiatrica" (doc. 18-2). Dopo l'incontro con l'interessato sul posto di lavoro, nelle annotazioni del 21 maggio 2010, il dr. _____ ha indicato che "è auspicabile un ripristino della presa a carico specialistica della sindrome ansiosa e depressiva con colloqui di sostegno e gestione della farmacoterapia" (doc. 21-2). Nelle annotazioni per l'incarto del 7 luglio 2010, poi, il funzionario incaricato ha osservato che "consiglio all'assicurato di rivolgersi ad uno specialista e di prendere contatto con il sig. _____ per far fissare un appuntamento con il dr. _____, medico fiduciario della _____" (doc. 25-1). Nonostante questi indizi riguardo l'esistenza di una problematica psichiatrica, che avrebbe

dovuto imporre degli approfondimenti specialistici, il dr. _____ del SMR - peraltro non specialista in materia (cfr. sul tema della specializzazione dei medici del SMR: STF I 142/07 del 20 novembre 2007 e STF I 65/07 del 31 agosto 2007) - nel rapporto medico dell'11 gennaio 2011, si è limitato a porre, tra le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, anche quella di "sindrome ansiosa" (doc. 42-1). Il TCA non può concordare con la soluzione scelta dal medico del SMR, e ritiene che non sia possibile, senza prima procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che, dal punto di vista psichiatrico, l'assicurato non presenti delle patologie invalidanti. Questa soluzione si giustifica tanto più, se si pone mente al fatto che, in corso di causa, la patrocinatrice ha prodotto un referto del 25 ottobre 2011 del dr. _____, indirizzato al dr. _____ nel quale lo specialista in medicina interna sollecita un ricovero psichiatrico in quanto l'interessato presenterebbe "una grave sindrome ansioso-depressiva" (doc. E2). A seguito di tale scritto, l'assicurato è poi stato effettivamente ricoverato alla Clinica di _____ a partire dal 4 novembre 2011, come risulta dal referto del 10 novembre 2011 del dr. _____ (doc. E1). Al riguardo, nelle annotazioni del 18 novembre 2011, il dr. _____ del SMR ha ritenuto che "risulta un peggioramento dello stato di salute a partire dal 4 novembre 2011, con attuale IL del 100%, CL da valutare nel decorso" (doc. XVII/bis). Per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il 14 luglio 2011 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). In concreto, il referto del dr. 25 ottobre 2011 del dr. _____ (doc. E2) e quello del 10 novembre 2011 del dr. _____ (doc. E1) sono successivi alla decisione impugnata: essi vanno tuttavia presi in considerazione, ritenuto che l'assicurato presenta dei disturbi di natura psichica, necessitanti una farmacoterapia, da diversi anni. Essi sono suscettibili di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione precedente la decisione del 14 luglio 2011 (cfr. STF 9C_369/2011 del 3 febbraio 2012; STFA U 299/02 del 2 settembre 2003). Il TCA non può, in mancanza di approfonditi accertamenti dal profilo psichiatrico, concordare con la valutazione del dr. _____ del SMR a proposito di un peggioramento dello stato psichico dell'interessato solo a partire dal 4 novembre 2011, non essendo possibile determinare a partire da quando i disturbi psichiatrici dell'assicurato hanno avuto un'incidenza sulla sua capacità lavorativa residua. Anche questo tema dovrà quindi essere oggetto di un approfondimento specialistico in sede peritale. 2.8. 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 rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF 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)". (DTF 137 V 263-265) In una sentenza 8C_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il

Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPGA: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." (STF 8C_59/2011 consid. 5.2) L'Alta Corte è giunta alla stessa conclusione in una sentenza ancor più recente, 8C_943/2010 del 9 novembre 2011, concernente una fattispecie in cui l'aspetto della residua capacità lavorativa era stato oggetto di valutazioni discordanti tra il medico fiduciario dell'assicuratore infortuni ed i sanitari della clinica di riabilitazione dove l'assicurato aveva soggiornato tempo prima. In quella pronunzia, il TF ha rinviato la causa all'amministrazione affinché disponesse un complemento istruttorio da parte di un medico indipendente ossequiando la procedura di cui all'art. 44 LPGA. Nel caso di specie, è vero che la questione relativa alla capacità lavorativa dell'assicurato, non necessita semplicemente di una precisazione o di un chiarimento. Va però rilevato che l'UAI, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.7.), ha fondato la sua decisione sul solo parere del SMR, il quale non ha peraltro approfondito la problematica psichiatrica, e non su una perizia amministrativa pluridisciplinare. Sono pertanto realizzati i presupposti per un rinvio degli atti all'amministrazione (cfr. la giurisprudenza appena citata). Per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.7., si giustifica quindi l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'amministrazione, affinché faccia allestire al più presto una perizia pluridisciplinare che accerti tutte le patologie che affliggono l'interessato e le ripercussioni che questi disturbi hanno sulla capacità lavorativa del ricorrente. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato. 2.9. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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