

## **TI\_GERICHTE 32.2012.260 vom 19. September 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-09-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2012.260](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.260)

FR: TI\_GERICHTE 32.2012.260 du 19 septembre 2012

IT: TI\_GERICHTE 32.2012.260 del 19 settembre 2012

### **Regeste**

Necessità di rinviare gli atti all'UAI affinché predisponga ulteriori accertamenti peritali di natura sia somatica, che psichica

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di

istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie 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). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può

evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.5. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). A finché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.6. Nella decisione impugnata, l'amministrazione ha rifiutato il diritto a prestazioni, ritenendo che, dal profilo medico, lo stato di salute dell'assicurato sia rimasto invariato rispetto al precedente referto peritale dei medici del SAM del 18 giugno 2009, come emerso dal referto peritale neurologico del dr. \_\_\_\_\_ e dalla valutazione finale del dr. \_\_\_\_\_ del SMR. Il TCA, per i motivi che meglio verranno esposti qui di seguito, in mancanza di sufficienti approfondimenti dal profilo medico, non può concordare con le conclusioni alle quali è giunta l'amministrazione. Da una parte, è vero che nel referto peritale del 30 aprile 2012, il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "iperestesia nel territorio del ramo cutaneo laterale del piede destro (ramo distale del nervo surale destro) dopo intervento locale ortopedico; disturbo della sensibilità, piuttosto funzionale di tutto il membro inferiore destro; lombalgie su alterazioni statico-degenerative del rachide lombo-sacrale, discopatie L4-L5, senza segni radicolari irritativi né tantomeno deficitari al membro inferiore destro; importante sovraccarico psicogeno con tendenza alla somatizzazione", ha espressamente indicato che "dal punto di vista clinico la situazione non si è per niente modificata rispetto alla perizia del SAM del 2009, nessun fattore aggiuntivo, non è escluso che all'inizio l'assicurato abbia avuto un'algodistrofia, secondaria all'infezione al piede, attualmente non si riscontrano segni di disturbi neurovegetativi" (doc. 134-5). D'altra parte, tuttavia, il TCA rileva che lo stesso dr. \_\_\_\_\_ ha espressamente evidenziato che "non mi pronuncio dal punto di

vista ortopedico per quel che concerne il piede destro, che l'assicurato non appoggia minimamente" (doc. 134-5). Alla luce di questa chiara indicazione del perito neurologo, il TCA ritiene che l'amministrazione avrebbe dovuto effettuare anche un approfondimento a livello ortopedico, al fine di valutare l'evoluzione o meno delle patologie dell'interessato rispetto alla precedente valutazione peritale ortopedica del dr. \_\_\_\_\_, del 19 febbraio 2009, eseguita nell'ambito della perizia SAM del 2009. Tale soluzione appare tanto più necessaria, ritenuto che, in un referto del 10 maggio 2012, il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurochirurgia, ha constatato la presenza di "incipienti discopatie da L3/L4 a L5/S1 con una protrusione discale mediale che provoca un restringimento medio grave del canale spinale. A quanto pare la situazione è recentemente peggiorata con apparizione anche di disturbi alla gamba destra decisamente più importanti di prima" (doc. 136-2). Nel referto del 23 maggio 2012 all'attenzione dell'AI, inoltre, il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto l'assicurato inabile al lavoro al 100% con "impossibilità di camminare senza canne. Non può restare seduto a lungo" (doc. 137-5). Viste le nuove patologie attestate dal dr. Liverani, comportanti, rispetto alla valutazione del dr. \_\_\_\_\_, l'insorgenza di una nuova limitazione funzionale - e meglio l'impossibilità per l'assicurato di mantenere a lungo la posizione seduta - l'amministrazione non poteva esimersi dal sottoporre l'interessato ad un approfondito esame specialistico ortopedico, al fine di verificare se fosse intervenuto o meno un peggioramento dello stato di salute. L'amministrazione, al contrario, si è limitata ad indicare che lo stato di salute dell'interessato non aveva subito delle modifiche rispetto a quanto valutato dai medici del SAM in occasione della perizia del 2009, sulla base del rapporto finale del 10 maggio 2012 del dr. \_\_\_\_\_ del SMR, spec. FMH in medicina interna generale, esperto SIM. Il medico del SMR ha infatti osservato: "(...) Valutazione: l'attuale perizia neurologica e l'attuale documentazione da parte del dr. \_\_\_\_\_ non mostrano una modifica sostanziale dello stato di salute dell'assicurato con persistenza di un quadro somatoforme invariato." (Doc. 138-2) La necessità di un approfondimento a livello ortopedico è stata poi ribadita nel referto del 10 ottobre 2012, nel quale il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha confermato che la "nota problematica lombare è in via di lento ma graduale peggioramento", aggiungendo che "a mio avviso, la problematica maggiore attualmente è di tipo neuro-ortopedico centrata a livello delle patologie discali, di anche recente apparizione e al canale lombare stretto", ritenendo importante "chiedere un nuovo consulto presso un ortopedico specializzato in chirurgia lombare" (doc. 150-32). Nonostante queste considerazioni del dr. \_\_\_\_\_, l'amministrazione ha ancora una volta - a torto, a mente di questo Tribunale - omesso di sottoporre l'interessato ad un nuovo accertamento peritale in ambito ortopedico, ritenuto che il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, nelle annotazioni del 25 ottobre 2012, ha indicato che "dall'attuale rapporto del dr. \_\_\_\_\_ non risultano nuovi elementi che non fossero presenti in occasione della valutazione peritale del dr. \_\_\_\_\_. Faccio presente che già al momento della valutazione peritale era nota al perito la discopatia lombare e il restringimento del canale spinale, alterazioni che però non sono ritenute essere alla base dei disturbi secondo il perito" (doc. 152-1). Il TCA non può concordare con queste considerazioni del medico del SMR. Innanzitutto - contrariamente ad altri casi, nei quali il Tribunale federale non ha ritenuto necessaria una perizia reumatologica o ortopedica, dato che lo specialista in neurologia autore del consulto peritale si era espresso sulla situazione somatica della persona interessata nel suo insieme, ivi compresi gli aspetti reumatologici (cfr. STF 9C\_282/2012 del 29 agosto 2012; vedi sul tema anche RtiD 2010 II pag. 208 [9C\_965/2008] consid. 4; STF 9C\_781/2011 del 14 maggio 2012; 9C\_856/2010 del 27 giugno 2011; 9C\_906/2010 del 5 aprile 2011, pubblicata

in SVR 2011 IV nr. 67) - nel caso di specie, il TCA non può considerare esaustiva la “sola” valutazione peritale neurologica del dr. \_\_\_\_\_, posto che, come ricordato in precedenza, lo stesso dr. \_\_\_\_\_ non si è espresso riguardo alla situazione somatica complessiva dell’interessato, ma ha specificatamente indicato che “non mi pronuncio dal punto di vista ortopedico per quel che concerne il piede destro, che l’assicurato non appoggia minimamente” (doc. 134-5). Inoltre, contrariamente a quanto indicato dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR, al momento dell’esame peritale del 26 settembre 2011, il dr. \_\_\_\_\_ ha indicato che “una MRI del rachide lombo-sacrale mostra una discopatia L4-L5 con un canale relativamente stretto ed un possibile contatto con la radice L5 a destra” (doc. 134-2). Egli non era dunque a conoscenza dell’insorgenza “di incipienti discopatie da L3/L4 a L5/S1 con una protrusione discale mediale che provoca un restringimento medio grave del canale spinale”, segnalate dal dr. \_\_\_\_\_ nel referto del 10 maggio 2012 (doc. 136-2) e tali, a parere di quest’ultimo, da rendere impossibile il mantenimento della posizione seduta (doc. 137-5), postura per contro giudicata esigibile sia in occasione della precedente perizia del SAM del 2009, sia dallo stesso dr. \_\_\_\_\_ nel referto peritale del 30 aprile 2012. Già solo per queste ragioni si giustifica quindi, secondo il TCA, il rinvio degli atti all’amministrazione per un complemento istruttorio sugli aspetti somatici. Il rinvio degli atti all’amministrazione si giustifica, inoltre, anche per gli aspetti psichici. Contrariamente a quanto preteso dall’amministrazione – la quale, nelle osservazioni del 21 maggio 2013, ha considerato che “l’asserito aggravamento dello stato valetudinario (dal punto di vista psichiatrico) può essere fatto risalire – al più presto (e nell’ipotesi più favorevole per l’assicurato) – al mese di agosto 2012”, motivo per il quale, al momento di emanazione della decisione impugnata, non era ancora scaduto il termine di 3 mesi ex art. 88a cpv. 2 OAI (doc. XIV) – il TCA ritiene che non sia possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che, dal punto di vista psichiatrico, il peggioramento si sia effettivamente verificato nel mese di agosto 2012. Al riguardo, va infatti sottolineato che, diversamente da quanto indicato dall’amministrazione, lo psichiatra curante del ricorrente, dr. \_\_\_\_\_, nel referto del 1° marzo 2013, non ha fatto risalire in maniera precisa e incontrovertibile l’aggravamento dello stato psichico al mese di agosto 2012, ma ha solo indicato che, a quel momento, si è verificato uno degli avvenimenti che possono aver fatto precipitare la situazione. Il dr. \_\_\_\_\_ ha, infatti, dapprima evidenziato come la sintomatologia da lui riscontrata nell’assicurato “non è descritta né nella perizia psichiatrica del dr. \_\_\_\_\_ e neppure nel rapporto del dr. \_\_\_\_\_ del 2011”, motivo per il quale “paragonato con la valutazione dei due colleghi di quattro rispettivamente due anni fa, posso affermare che lo stato di salute del sig. RI 1 è molto peggiorato” per, poi, concludere che “è difficile stabilire quando sia avvenuto il peggioramento dello stato di salute e da quando perdura l’inabilità lavorativa”, aggiungendo che “molto probabilmente uno degli avvenimenti che hanno fatto peggiorare la situazione è stata la separazione dalla sua ragazza e madre di sua figlia avvenuta in agosto 2012” (doc. F). Il TCA non può, in mancanza di approfonditi accertamenti dal profilo psichiatrico, concordare con la valutazione dell’amministrazione a proposito di un deterioramento dello stato psichico dell’interessato solo a partire dal mese di agosto 2012, non essendo possibile determinare con precisione a partire da quando i disturbi psichiatrici dell’assicurato hanno avuto un’incidenza sulla sua capacità lavorativa residua. Alla luce della difficoltà espressa dallo stesso psichiatra curante riguardo al momento a partire dal quale far decorrere il peggioramento dello stato psichico dell’interessato con influsso sulla capacità lavorativa residua di quest’ultimo, si impone un approfondimento specialistico, atto a determinare se,

accanto all'evento dell'agosto 2012 segnalato dal dr. \_\_\_\_\_, ci siano stati, in precedenza, altri avvenimenti che hanno contribuito al declino della condizione psichica e, in caso affermativo, a partire da quando. Va, in questo ambito, tenuto anche conto del fatto che già nel referto peritale del 30 aprile 2012 il dr. \_\_\_\_\_ – il quale ha visitato l'assicurato il 26 settembre 2011 – ha messo in evidenza l'esistenza di un "importante sovraccarico psicogeno con tendenza alla somatizzazione", esprimendo poi la propria valutazione riguardo alla capacità lavorativa residua "facendo astrazione dal sovraccarico psicogeno" (doc. 134-5).

2.7. Nella già citata sentenza 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (cfr. consid. 2.4.) 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 delle carenze negli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione (" 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 "), 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 sia a livello somatico, che a livello psichiatrico, inteso a delucidare sia l'aspetto diagnostico, sia le eventuali ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione effettuerà una valutazione globale delle patologie di cui soffre l'assicurato, debitamente motivata, e, dopo avere valutato anche la necessità o meno di predisporre un accertamento professionale volto a stabilire se esistono e quali siano le attività ancora esigibili dall'interessato nonostante il danno alla salute, si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita. 2.8. L'assicurato ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. doc. II). Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurato, patrocinato dalla RA 1, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili. Secondo la costante giurisprudenza del TFA l'assegnazione di ripetibili rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 309 consid. 6, STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02 e STFA del 18 agosto 1999 nella causa E.T.). 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 l'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.