

TI_GERICHTE 32.2012.84 vom 17. Februar 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-02-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.84

FR: TI_GERICHTE 32.2012.84 du 17 février 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.84 del 17 febbraio 2012

Regeste

Decisione dell'UAI di negare all'assicurata una rendita non può essere confermata dal TCA, in mancanza di sufficienti approfondimenti dal profilo medico in relazione alle affezioni somatiche. Rinvio per perizia a livello somatico

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). 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 LPGA (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). 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 della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione 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 di natura somatica dell'assicurata non sono stati chiariti in modo soddisfacente. Dal profilo psichiatrico, il TCA non ha motivo per distanziarsi dalla valutazione peritale dei medici del CPAS - dalla quale è emerso che ella, alla luce dei suoi disturbi, non presenta alcuna incapacità lavorativa dal profilo strettamente psichiatrico - le cui conclusioni, del resto, non sono state smentite da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare - ove ciò fosse ragionevolmente esigibile - le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Il TCA non può, per contro, considerare esaustiva la valutazione peritale del dr. _____, alla luce dell'ulteriore documentazione medica prodotta dall'interessata, che non è stata sottoposta dall'amministrazione al vaglio del perito al fine di verificare se,

come sostenuto dal dr. _____, le condizioni di salute dell'assicurata, per lo meno fino al momento di emanazione della decisione impugnata, siano peggiorate dopo la valutazione peritale del 18 maggio 2011 oppure no, come sostenuto dal SMR. Il TCA constata, infatti, che la documentazione medica redatta dal dr. _____ - autore dell'intervento del 21 marzo 2012 di protesi totale del ginocchio destro - prodotta dalla ricorrente in corso di causa (cfr. doc. N, S), è stata valutata dal dr. _____ del SMR come ininfluyente sulle conclusioni alle quali è giunto il dr. _____ (doc. VIII/bis, XVI/3), senza tuttavia previamente interpellare al riguardo l'autore della consultazione peritale specialistica in questione, al fine di verificare se, nel frattempo (fino al momento di emanazione della decisione impugnata), le condizioni di salute dell'interessata siano effettivamente peggiorate o meno. E questo nonostante le esplicite e reiterate richieste da parte dell'assicurata - presentate già in sede di audizione contro il progetto di decisione del 2 settembre 2011 (cfr. doc. 75-1) e ripetute poi con insistenza dalla sua patrocinatrice davanti al TCA (cfr. doc. I, VI, X, XIV, XVIII) - di volere procedere ad una nuova valutazione peritale, da parte questa volta di uno specialista in chirurgia ortopedica, al fine di tenere conto del peggioramento (poi sfociato nell'intervento del dr. _____ del marzo 2012) delle condizioni di salute dell'interessata nel periodo successivo alla valutazione del dr. _____ e fino al momento della decisione impugnata. Il TCA non può ritenere corretto questo modo di procedere dell'amministrazione. Se, da una parte, il TCA non può concordare con le critiche della patrocinatrice a proposito della presunta incompiutezza della valutazione peritale del dr. _____, in quanto eseguita da uno specialista in reumatologia e non da uno specialista in chirurgia ortopedica, d'altra parte, questo Tribunale non può considerare esaustiva la valutazione somatica del dr. _____, alla luce delle ulteriori certificazioni mediche prodotte agli atti. Quanto alla critica della patrocinatrice a proposito del fatto che le patologie che affliggono l'interessata non avrebbero dovuto essere oggetto di valutazione peritale da parte di uno specialista in reumatologia, bensì venire approfondite da uno specialista in chirurgia ortopedica, il TCA rileva, infatti, che il Tribunale federale, in una sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, confermando la precedente sentenza 36.208.126 di questa Corte, ha già avuto modo di sottolineare, che "come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell'area di competenza del neurologo, dell'ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata" (cfr. RtiD 2010 II pag. 208 [9C_965/2008] consid. 4). In quell'occasione, l'Alta Corte, contrariamente a quanto preteso dal ricorrente - a mente del quale essendo le ernie discali di competenza di un neurochirurgo, la valutazione del caso non poteva essere affidata a un reumatologo e a un chirurgo ortopedico - ha confermato la correttezza delle valutazioni peritali effettuate da un reumatologo, rispettivamente da uno specialista in chirurgia ortopedica, concludendo che "per quanto concerne più precisamente la problematica relativa all'ernia discale - comunque convincentemente esclusa dai medici interpellati dall'opponente - va inoltre precisato che essa non necessariamente è di sola competenza del neurologo, ma può anche essere di pertinenza ortopedica". Il Tribunale federale ha ribadito gli stessi concetti anche nelle sentenze 9C_781/2011 del 14 maggio 2012, 9C_856/2010 del 27 giugno 2011 e 9C_906/2010 del 5 aprile 2011, pubblicata in SVR 2011 IV nr. 67. L'Alta Corte ha ancora una volta confermato la propria giurisprudenza nella STF 9C_282/2012 del 29 agosto 2012, concernente proprio, come nella fattispecie qui in esame, il caso di un'assicurata afflitta, tra le altre diagnosi somatiche, anche da patologie a livello delle ginocchia ("gonarthrose interne droite débutante sur status après ménisectomie arthroscopique itérative en 2001,

compliquée d'une arthrofibrose ayant nécessité une libération arthroscopique en 2003"), le quali erano state valutate a livello peritale da uno specialista in neurologia e non, come preteso dall'assicurata, da uno specialista in reumatologia o in ortopedia. Il TCA, alla luce della sentenza federale 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, non può quindi concordare con la critica espressa dalla patrocinatrice dell'assicurata. Ciò detto, questo Tribunale non può tuttavia considerare esaustiva la valutazione peritale eseguita in data 18 aprile 2011 dal dr. _____, alla luce della ulteriore refertazione medica prodotta dall'assicurata. 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 17 febbraio 2012 – 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 TCA, contrariamente al parere dell'UAI, rileva che già prima dell'emanazione della decisione impugnata l'assicurata ha prodotto dei referti che avrebbero dovuto essere sottoposti al dr. _____ al fine di verificare se, dopo il suo esame peritale, fosse subentrato o meno un peggioramento delle condizioni di salute dell'interessata. L'amministrazione, al contrario, fondandosi unicamente sulle considerazioni del SMR, ha considerato ininfluenti sulla capacità lavorativa dell'interessata i referti medici da lei prodotti, "in assenza di una sostanziale modifica dello stato di salute" (doc. 89-1). Il TCA non può concordare con il modo di agire dell'amministrazione. Già nel referto di decorso del 28 ottobre 2011, il dr. _____ constatava la presenza di importanti dolori al ginocchio destro, proponendo un impianto di protesi della femoro-rotulea (doc. 79-1). Nel successivo referto del 28 gennaio 2012, il dr. _____ ha sì escluso la necessità di procedere ad un tale impianto (rilevando come dall'esame di artroscopia diagnostica da lui effettuato sia emersa l'assenza di un danno cartilagineo tale da giustificare l'impianto di una protesi femoro-rotulea), ma lo stesso dr. _____ ha tuttavia messo in evidenza come "l'artroscopia ha però mostrato un danno cartilagineo considerevole a livello del condilo femorale mediale", aggiungendo che "i dolori lamentati dalla paziente potrebbero quindi essere messi in relazione al danno cartilagineo mediale e non tanto a quello retro-rotuleo", sebbene egli abbia considerato che "questo danno cartilagineo mediale comunque al momento non necessita di ulteriori interventi chirurgici" (doc. 86-2). In seguito, in data 21 marzo 2012, il dr. _____ ha eseguito un intervento di artroplastica totale del ginocchio destro, confermando la presenza di una "lésion chondritique au niveau du condyle interne avec disparition quasi complète du cartilage au niveau de la rotule et inter condilyenne" (doc. N). Infine, nel referto del 28 giugno 2012, il dr. _____ ha espressamente rilevato che, durante l'intervento di artroplastica totale del ginocchio destro del 2012, "si è confermato un notevole aggravamento confronto a marzo 2011 in particolare a livello del condilo interno con scomparsa completa della cartilagine anche a livello intercondilare" (doc. S). Alla luce di questa documentazione medica specialistica prodotta dalla patrocinatrice dell'assicurata, il TCA ritiene che l'Ufficio AI avrebbe dovuto sottoporre i referti medici del dr. _____ e del dr. _____ al vaglio del dr. _____ – il quale, occorre sottolinearlo, nel referto peritale del 18 maggio 2011, preso atto dei referti operatori del dr. _____ fino al 30 marzo 2011, aveva indicato che "se si considerano i reperti obiettivi, per lo meno come descritti a parole nei rapporti operatori, non sembra esserci stata una marcata evoluzione delle alterazioni cartilaginee a partire dal 2005" (doc. 66-9) - al fine di verificare se lo stato di salute dell'assicurata abbia subito o meno, fino al momento di emanazione

della decisione impugnata, un peggioramento tale da incidere sulla sua capacità lavorativa residua. In simili condizioni, secondo questo Tribunale non è possibile, senza prima procedere ad un complemento peritale da parte del dr. _____, concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurata giustifichi una capacità lavorativa globale del 100% in attività adatte, come stabilito dal dr. _____ e confermato dal dr. _____ del SMR (doc. 89-1, VIII/bis, XVI/3). Tale soluzione si giustifica tanto più considerato il tempo trascorso tra la valutazione peritale del dr. _____ (il quale ha visitato l'assicurata nel mese di aprile 2011) e l'emanazione della decisione impugnata (del 17 febbraio 2012).

2.8. Nella già citata sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (cfr. consid. 2.6.) 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 a livello somatico, inteso a delucidare sia l'aspetto diagnostico, sia le eventuali ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'assicurata. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, tenuto conto anche degli aspetti psichiatrici, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurata. 2.9. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurata, patrocinata da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di un importo di fr. 2'000.-- a titolo di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA). La domanda di assistenza giudiziaria per la procedura ricorsuale diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3). 2.10. 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.