

TI_GERICHTE 32.2008.59 vom 10. März 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-03-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.59

FR: TI_GERICHTE 32.2008.59 du 10 mars 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2008.59 del 10 marzo 2009

Regeste

Senza un complemento peritale l'Ufficio AI non poteva ancora esprimersi sull'evoluzione della situazione valetudinaria. Rinvio atti affinché l'Ufficio AI, effettuati i necessari accertamenti e in applicazione del metodo ordinario del confronto dei redditi, renda un nuovo provvedimento

Erwägungen

E. 28

maggio 2004 (doc. AI 1/1-8) l'assicurata ha precisato di aver ridotto il suo grado di occupazione, dal 100% all'80% dal 1. gennaio 2003, per motivi di salute. Tale affermazione – fornita in un periodo non sospetto –, in seguito è stata ribadita e riportata nell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica 22 dicembre 2005 : “(...) spiega tuttavia che la riduzione (non verbalizzata per iscritto) del lavoro da 100% ad 80% risalente al 2003 è riconducibile unicamente alla malattia (...)” (doc. AI 36/2) . La ricorrente prima del gennaio 2003 aveva poi sempre lavorato al 100% e si era iscritta in disoccupazione alla ricerca di un'occupazione a tempo pieno. E' quindi da ritenere provato, perlomeno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (DTF 130 V 396 consid. 3.3 non pubblicato, 126 V 360, 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che l'assicurata, senza il danno alla salute avrebbe continuato a lavorare al 100% per la _____ anche dopo il 31 dicembre 2002 . Va qui pure evidenziato che il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nella lettera 12 maggio 2008 indirizzata all'avv. _____, ha attestato che: " (...) Frau RI 1 war vom 19.8.02 bis 14.11.03 bei mir in Psychotherapie. Sie litt unter einer Depressiven Störung (ICD F 33.1), war zeitweise auch teilweise arbeitsunfähig, was ihr Hausarzt im Tessin bescheinigte. Sie wurde auch mit antidepressiven Medikamenten behandelt. Da Frau RI 1 nach mehreren gescheiterten Behandlungsversuchen in ihrem Wohnkanton einen Psychiater ausserhalb Tessins suchen musste und nach _____ zu mir in Behandlung kam, konnte Sie während dieser Zeit nur 80% arbeiten. Sie wäre ohne diese Behandlung wahrscheinlich gefährdet und sicher öfters nicht arbeitsfähig gewesen, benötigte also die Behandlung unbedingt. Aus medizinischer Sicht bestand während der Behandlungszeit eine reduzierte Arbeitsfähigkeit von 80%. (...)." (doc. D) Pertanto, contrariamente a quanto stabilito nella decisione impugnata, nella quale figura una suddivisione dell'80% come salariata e del 20% come casalinga, occorre dunque ritenere l'assicurata quale salariata al 100% e per il calcolo della rendita va quindi applicato il consueto metodo del raffronto dei redditi. 2.11. Per quanto riguarda la valutazione medica, viste le annotazioni 25 marzo 2005 del dr. _____, medico SMR – “(...) disturbo di personalità misto con tratti narcisistici, dipendenti e fobici (10 F61.0). Con: episodi depressivi ricorrenti. Sin da giovane l'A. ha sofferto di questi disturbi. È stata seguita in passato da psichiatri ed è tuttora in trattamento

specialistico (con frequenti cambi di terapeuta). Però in passato (vedi rapporto del dr. _____ del 14.06.2004) non ha mai avuto certificato una IL se non breve, e anche durante la sua attività presso l'ultima ditta le assenze furono pochissime. Inoltre l'attuale psichiatra (dr. _____, rapporto 22.02.2005) descrive un buon equilibrio psicofisico e un discreto risultato della terapia, per cui una IL totale non appare giustificata. Indicata perizia psichiatrica (...)” (doc. AI 26/1) – , l'Ufficio AI ha ordinato una perizia psichiatrica a cura della dr.ssa _____ (doc. AI 27/1-2). La dr.ssa _____, capoclinica dell'Ospedale _____ di _____, nella perizia 23 giugno 2005 (doc. AI 29/1-4), posta la diagnosi di “(...) S. depressiva ricorrente in disturbo di personalità di tipo misto (ICD 10: F 61.0) (...)” (doc. AI 29/3), ha espresso la seguente valutazione: “ (...) Soggettivamente La peritanda giudica la propria attuale condizione come positiva ed in miglioramento. In particolare attribuisce al buon rapporto terapeutico intrattenuto durante il ricovero l'aver potuto comprendere alcune dinamiche significative della propria vita. Bene anche il supporto farmacoterapico attuale, nonostante il significativo effetto collaterale (amenorrea). Formula progetti per il futuro lavorativo, proponendo programmi che la vedano impegnata per una percentuale non superiore al 50%. Oggettivamente Nel corso dell'esame si evidenzia un discreto deficit dello slancio vitale, compatibile con una sintomatologia depressiva ormai cronicizzata, alla quale fa da controaltare la formulazione di programmi e progetti che appaiono a tratti fantasiosi ed infantili. La sensazione è che la peritanda cerchi di superare le proprie difficoltà, delle quali è peraltro in parte consapevole, con un “salto nell'ottimismo”, che dà la misura dell'instabilità emotiva che la connota. Questa strategia è peraltro confermata e rilevabile anche dai dati anamnestici. Un elemento nuovo è comunque costituito dalla relazione coniugale, che appare un elemento di costanza nella vita della peritanda. Le condizioni psicopatologiche appaiono, nell'attualità, ancora lontane dalla stabilizzazione, come rilevabile anche dalla documentazione medico specialistica. Nulla togliendo al fatto che un miglioramento della patologia si è andato costituendo nel corso degli ultimi anni. Queste considerazioni conducono a valutare l'incapacità lavorativa pari al 50% , ciò volendo dar credito alla buona volontà della peritanda d'impegnarsi nel cercare una collocazione sociale appagante e sostenibile. (...)” (doc. AI 29/3-4) 2.12. 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). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, 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: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, 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 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. (...) " (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/05, consid. 3.2) 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 Bundes-gericht 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. (...)." (cfr. STFA del 16 ottobre nella causa N., 9C_142/2008 , consid. 2.2) 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). 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 R DAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei 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). 2.13. Circa la valutazione medica, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale deve concludere che, senza un complemento peritale,

l'Ufficio AI non poteva ancora esprimersi compiutamente sull'evoluzione della situazione valetudinaria dell'as-sicurata nel tempo e, pertanto, nemmeno pronunciarsi sul diritto a prestazioni. La dr.ssa _____, nella perizia 23 giugno 2005 (doc. AI 29/1-4), non ha effettuato alcuna valutazione retrospettiva della capacità lavorativa dell'assicurata e, osservato che "(...) le condizioni psicopatologiche appaiono, nell'attualità, ancora lontane dalla stabilizzazione, come rilevabile anche dalla documentazione medico specialistica. Nulla togliendo al fatto che un miglioramento della patologia si è andato costituendo nel corso degli ultimi anni (...) (doc. AI 29/3-4), ha concluso che "(...) queste considerazioni conducono a valutare l'inca-pacità lavorativa pari al 50% , ciò volendo dar credito alla buona volontà della pertitanda d'impegnarsi nel cercare una collocazione sociale appagante e sostenibile." (doc. AI 29/4). La dr.ssa _____ e il dr. _____ , Oberärztin e Assistent-arzt della Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie di _____, nel rapporto medico 28 settembre 2004 (doc. AI 18/1-7), poste le diagnosi note e un'incapacità totale al lavoro nella sua professione dal 12 gennaio al 13 giugno 2004, alla domanda volta a sapere se l'attuale attività è ancora proponibile hanno risposto "(...) Ja. Max. 50% in einem "quasi geschützten" Rahmen (doc. AI 18/7) e, attestata la possibilità di svolgere altre attività, alle domande circa il tipo di attività, la misura della capacità e di che cosa bisognerebbe tenere conto in questo caso, hanno osservato che "(...) Die gemachten Angaben beziehen sich alle sofern nicht anders erwähnt auf den Zeitraum der stationären Behandlung. Durch berufliche Massnahmen kann die Arbeitsfähigkeit prinzipiell verbessert werden. Wir empfehlen diese Massnahmen zum einen zur Abklärung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit einerseits im Hinblick auf die Möglichkeit einer Wiedereingliederung im bisherigen beruflichen Umwelt und zur Neuorientierung andererseits im Hinblick auf eine berufliche Neuorientierung. Zur Durchführung der oben genannten Massnahmen bedarf es eine quasi geschützten Arbeitsplatzes mit kontinuierlicher Motivation, vermindertem Anforderungsniveau und engerer persönlicher Betreuung u.a. zur Entängstigung. Im Hinblick auf eine berufliche Neuorientierung kämen unseres Erachtens eher Tätigkeiten mit einem erhöhten Anteil an körperlicher Arbeit in Frage, bei denen es der Patientin ermöglicht wird, Nähe und Distanz zu Teammitgliedern und das Ausmass der geforderten Leistung möglichst autonom zu gestalten, um so zu vermehrter Selbstsicherheit bezüglich der eigenen Leistungsfähigkeit zu gelangen. (...)“ (doc. AI 18/7-8). Il dr. _____, FMH in medicina generale, nel rapporto medico 16 febbraio 2005 (doc. AI 24/1-3), poste le diagnosi note e un'incapacità lavorativa nella sua professione di segretaria del "(...) 100% dal 07.01.04 al non prevedibile (...)“ (doc. AI 24/1), ha attestato che "(...) la paziente non può lavorare a contatto con il pubblico o con altre persone, pertanto non potrà più fare la segretaria (...)“ (doc. AI 24/3) e, senza precisare da quando, ha concluso per la possibilità di svolgere altre attività: "(...) se si trovasse un'occupazione adeguata. Lavoro solitario o in team ristretto, lavoro manuale (es. giardiniere, pittore, operaia, pulizia) 50%, 4 ore giorno (...)“ (doc. AI 24/3). Il dr. _____, FMH in p sichiatria e psicoterapia, nel rapporto medico 22 febbraio 2005 (doc. AI 25/1-4), poste le diagnosi note, ha attestato un'incapacità lavorativa nella sua professione di segretaria del "(...) 100% dal 12.01.04 al 28.05.04, 50% dal 29.05.04 al 08.10.04 e 100% dal 9.10.04 al tuttora (...)“ (doc. AI 25/1) e, rilevato che "(...) sia l'attuale attività come pure qualsiasi altra attività sono difficilmente eseguibili. Da un lato per i problemi relazionali della paziente e dall'altro per l'estrema incostanza delle prestazioni della signora. (...)“ (doc. AI 25/4), ha concluso che "(...) in generale provvedimenti di reintegrazione professionale appaiono molto difficilmente attuabili in questa paziente. Questa difficoltà è sicuramente motivata da un lato per l'incostanza delle prestazioni della

signora dovuta dall'estrema labilità dell'umore e dall'al-tro lato dovuta ai massicci problemi di rapportarsi con altre persone. E' molto difficile attualmente valutare la capacità lavorativa a lunga durata e quindi è altrettanto difficile valutare la capacità di reintegrazione. (...)” (doc. AI 25/4). Viste le risultanze appena esposte, non è dato a sapere come il dr. _____, oltretutto non specialista in psichiatria, nel rapporto medico 9 settembre 2005 (doc. AI 32/1-3), posto l'inizio dell'incapacità lavorativa da gennaio 2004, abbia potuto concludere per una “(...) IL 100% per i primi 5 mesi (ricovero in Clinica) poi 50%. (...)”. Infatti, da una parte, il dr. _____ ha effettuato una valutazione retrospettiva senza motivarla in modo soddisfacente – va qui ricordato che nel caso di una valutazione retrospettiva della capacità lavorativa di un assicurato, in assenza di più attendibili elementi, va data particolare importanza alle certificazioni rese dal medico curante (su questo punto vedi Boltshauser, “Invaliditätsbemessung bis zur feststehenden Dauerinvalidität” in: Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, Band 45, St. Gallen 1999) –, d'altra parte, la dr.ssa _____, nella perizia 23 giugno 2005 (doc. AI 29/1-4), non ha contestato le valutazioni dei medici specialisti sopra in parola e, lo si ribadisce, non ha effettuato alcuna valutazione retrospettiva della capacità lavorativa dell'assicurata. In ogni caso, vista la situazione non stabilizzata – nella perizia 23 giugno 2005 la dr.ssa _____ ha, in particolare, osservato che “(...) le condizioni psicopatologiche appaiono, nell'attualità, ancora lontane dalla stabilizzazione (...)” (doc. AI 29/3) e il dr. _____, nel rapporto medico 9 settembre 2005, ha, tra l'altro, concluso che “(...) vista la possibilità di un'ulteriore evoluzione favorevole, revisione a 1 anno. (...)” (doc. AI 32/2) –, l'Ufficio AI, prima di emettere la decisione su opposizione 1. aprile 2008, avrebbe dovuto procedere ad un aggiornamento della perizia psichiatrica. Questo vale a maggiore ragione visto che il dr. _____, nel rapporto 24 aprile 2008 indirizzato all'avv. _____ (doc. C), riguardo all'evoluzione della malattia della sua paziente dopo il suo rapporto 26 febbraio 2005, ha certificato che “(...) complessivamente l'evoluzione degli ultimi anni ci dimostra che la signora non è più in grado di mantenere un posto di lavoro nel tempo, né come segretaria né come aiuto domestico, entrambe attività che implicano rapporti continui e più o meno intensi con altre persone. Inizialmente, in modo tipico per il suo disturbo psichiatrico, tende a idealizzare i rapporti per poi inevitabilmente essere delusa e quindi quasi “demonizzare” questi rapporti interpersonali. Si è visto anche che la signora, quando lavora nella misura del 50% ca., non riesce quasi più a gestire la propria casa e adempiere i suoi obblighi di casalinga. Quando invece non lavora per terzi, riesce a gestire la propria casa a pena soddisfacente. Per questo motivo, da un punto di vista psichiatrico, la signora è da considerare inabile al lavoro nella misura dal 50 al 60% in tutte le attività, siano attività lucrative, siano attività da casalinga. Questa limitazione della capacità lavorativa è sicuramente duratura nel tempo e sussiste senza dubbio da quando io conosco la paziente. Da sottolineare che in questo momento la paziente è inabile al lavoro nella misura del 100% fino al 31.05.2008. Già in passato si sono presentati periodi più o meno lunghi, durante i quali la signora era completamente inabile al lavoro a causa del suo disturbo psichiatrico. L'unica attività confacente alla paziente potrebbe essere una piccola attività, a ore, dove non ha dei contatti intensi e regolari con un eventuale datore di lavoro. A questo proposito la paziente avrebbe l'idea di poter fare una attività di “dog sitter” o una attività simile. Per ciò che concerne la prognosi, basandomi sul decorso degli ultimi anni, non sono da aspettarsi – anche con una cura adeguata – dei miglioramenti tali da permettere un aumento della capacità lavorativa significativa. Sarebbe più realistico di mirare ad una stabilizzazione al livello attuale. (...)” (doc. C, pag. 2). 2.14.

In simili circostanze, la decisione su opposizione impugnata va annullata e gli atti rinviati all'amministrazione. L'Ufficio AI, aggiornata la valutazione medica e effettuati i necessari accertamenti per stabilire compiutamente l'evoluzione della capacità lavorativa dell'assicurata nel tempo e la sua capacità residua in un'attività adeguata – al perito andranno in particolare sottoposti i rapporti 12 maggio 2008 del dr. _____ (doc. D, riprodotto in esteso al consid. 2.10 in fine) e 24 aprile rispettivamente 27 maggio 2008 del dr. _____ (doc. C e E) –, dovrà rendere un nuovo provvedimento. Va qui inoltre ribadito che per il calcolo del grado d'invalidità l'amministrazione dovrà applicare il metodo ordinario del confronto dei redditi (cfr. consid. 2.10) e non più il metodo misto.

2.15. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1. luglio 2006, 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. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI e l'assicurata, patrocinata dalla _____, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. STF del 5 settembre 2007 nella causa V., K 63/06 e la citata DTF 126 V 11 seg. consid. 2).

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