

TI_GERICHTE 32.2012.300 vom 30. Oktober 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-10-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.300

FR: TI_GERICHTE 32.2012.300 du 30 octobre 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.300 del 30 ottobre 2012

Regeste

Sulla sola base degli atti e senza i necessari accertamenti medici di natura psichiatrica non é possibile pronunciarsi sulla domanda di prestazioni. Rinvio atti all'amministrazione per completare l'istruttoria

Erwägungen

E. 10

novembre 2011 il Consulente AI ha proceduto alla chiusura del mandato IT osservando che “(...) sarà da valutare a gennaio 2012 la possibilità di ripresa nella sua percentuale originaria dell’80%. Un nuovo incontro con l’assicurata ed i rappresentanti del DL avrà luogo a dicembre 2011. Nel frattempo il caso andrà in valutazione classica. (...)” (cfr. il verbale di chiusura sub doc. AI 36/1-2). Nel rapporto finale dell’8 febbraio 2012 (doc. AI 45/1-3) – posta la diagnosi di “(...) depressione psicotica, senza remissione completa della sintomatologia (...)” (doc. AI 45/1) e indicate le incapacità lavorative di cui al precedente rapporto finale del 3 novembre 2011 con le precisazioni che esse sono riferite ad un’attività all’80% e, soprattutto, che dall’8 febbraio 2011 l’incapacità lavorativa in un’attività adeguata è dello 0% – il dr. _____ ha espresso la seguente valutazione: “(...) assenti limitazioni funzionali somatiche. Sulla base del colloquio odierno di aggiornamento (ore 9.10-9.45) si confermano le difficoltà nell’attività abituale in cui l’A.ta può essere attiva solo per 3 ½ ore al giorno per scarsa resistenza allo stress, aspetti interpretativi degli atteggiamenti degli altri, difficoltà nei contatti interumani. In un’attività di back office, semplice, ripetitiva, senza mansioni di contabile, dalla data odierna, non sussistono limitazioni PSI. (...)” (doc. AI 45/2). Il dr. _____ – tenuto ancora aperto l’incarto vista la recente documentazione medica della dr.ssa _____, il verbale della riunione presso il datore di lavoro del 13 giugno 2012 e la proposta di un periodo di osservazione sul posto di lavoro fino a fine settembre 2012 con un’attività lavorativa al 50% del grado d’occupazione dell’assicurata (cfr. l’annotazione del 28 giugno 2012 sub doc. AI 63/1) – nel rapporto finale del 19 ottobre 2012 (doc. AI 70/1-3) ha infine concluso che “(...) assenti limitazioni funzionali somatiche. Sulla base del colloquio che si riferisce all’osservazione di tre mesi da giugno a metà ottobre 2012, oltre che informazioni mediche in dossier e osservazione diretta dell’A.ta, essa ha scarsa resistenza allo stress, difficoltà nei contatti interumani, deficit di attenzione e di concentrazione non compatibili con l’attività abituale. In attività, ad esempio di back office, semplice, ripetitiva, senza mansioni di contabile, con scarsi livelli di stress, non sussistono limitazioni PSI dall’osservazione SMR del 08.02.2012. (...)” (doc. AI 70/3) e, attestata una “(...) stazionarietà (...)” della prognosi, ha precisato che “(...) a questo punto, dopo il periodo d’osservazione, il caso appare destinato a una molto probabile cronicizzazione e non è plausibile attendersi modificazione significative future. Non procedere a revisione prima di almeno tre anni. (...)” (doc. AI

70/4). L'Ufficio AI – viste risultanze mediche svenunciate e ritenuta la valutazione del consulente in integrazione del 18 aprile 2012 (doc. AI 49/1-3) nonché le note 23 e 24 aprile 2012 del funzionario _____ corredate dalla relativa tabella con le motivazioni circa le riduzioni al reddito ipotetico da invalido (doc. AI 51/1, 52/1 e 53/1-4) – con la decisione qui impugnata ha quindi negato il diritto a prestazioni essendo il grado d'invalidità nullo (doc. AI 71/1-3).

2.6. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Inoltre, in DTF 125 V 351, la nostra 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 (DTF 125 V 352). 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 (DTF 125 V 354).

Nella STF 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 (pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174 e confermata nella STF 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012) il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). 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). 2.7. Nella fattispecie concreta questo TCA, sulla sola base degli atti, non può ancora concludere (come ha fatto il dr. _____), con la sufficiente tranquillità, per una capacità lavorativa totale in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti dal febbraio 2012. In effetti, ritenuto che il dr. _____ nel rapporto d'esame clinico del 3 novembre 2011 ha, in particolare, evidenziato che "(...) non abbiamo invece elementi sufficienti di certezza riguardo alla possibilità di un franco disturbo bipolare, se non quanto descritto dal rapporto della Clinica _____ del 2005 e dall'affermazione dell'A.ta che, all'uscita dalla Clinica, stava "bene". Appare invece chiara una scarsa resistenza allo stress e un certo grado di labilità psichica, così come una certa stancabilità (che l'A.ta attribuisce, in parte, al Seroquel) che potrebbero insieme interferire in una ripresa lavorativa maggiore del 50%, rispetto al 100%, nell'attuale attività o in un'attività simile d'ufficio confacente, questo dall'osservazione SMR del 25.10.2011. Non è tuttavia escludibile un'evoluzione positiva con una ripresa maggiore fino al raggiungimento dell'80% (del 100%) come fino a gennaio 2011. (...)” doc. AI 34/9), è da ritenere che senza un completo accertamento psichiatrico (se necessario con l'aiuto di test), per i motivi che seguono, l'amministrazione non poteva ancora concludere per una capacità al lavoro del 100% in un'attività adeguata. Va innanzitutto rilevato che il dr. _____ non ha escluso una ripresa superiore al 50% nell'attività abituale e in un'altra attività adeguata nel caso di un'evoluzione positiva. Ora – visto che nei diversi rapporti finali ha attestato le seguenti prognosi: "(...) molto probabilmente favorevole nel breve termine (...)" (rapporto del 3 novembre 2011 sub doc. AI 34/3); "(...) molto probabilmente non sfavorevole nel medio periodo. (...)" (rapporto

dell'8 febbraio 2012 sub. doc. AI 45/3) e "(...) stazionarietà (...)" precisando che "(...) a questo punto, dopo il periodo d'osservazione, il caso appare destinato a una molto probabile cronicizzazione e non è plausibile attendersi modificazione significative future. Non procedere a revisione prima di almeno tre anni. (...)" (rapporto del 19 ottobre 2012 sub doc. AI 70/4) – al fine di giustificare una capacità lavorativa totale in un'attività adeguata dal febbraio 2012 il dr. _____ avrebbe dovuto quantomeno evidenziare in cosa è consistita precisamente e quali sono stati gli effetti della paventata evoluzione positiva. Questo vale a maggiore ragione visto che la dr.ssa _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto del 16 gennaio 2012 (doc. AI 44/1-6) – poste le seguenti constatazioni oggettive "(...) la pz. si presenta come una persona curata orientata nei tre domini, ma estremamente fragile a livello emotivo, cosa che le procura insicurezza in generale. Presenta spesso preoccupazioni in merito al proprio stato e non sempre è possibile tranquillizzarla, tende infatti a richiedere rassicurazioni in modo ripetitivo. Basta poco a mio avviso perché ella possa crollare in quanto vi sono dei limiti a livello di risorse personali. Il lavoro psichico-terapico è pure limitato a causa delle scarse risorse mentali. (...)" (doc. AI 44/3) – ha attestato uno stato di salute "(...) suscettibile di peggioramento (...)" (doc. AI 44/3, punto 6.1). Del resto è dopo un breve colloquio, di cui nemmeno è dato di saperne il contenuto e in particolare le osservazioni soggettive e oggettive che hanno permesso tale valutazione, che il dr. _____ ha concluso che "(...) sulla base del colloquio odierno di aggiornamento (ore 9.10-9.45) si confermano le difficoltà nell'attività abituale in cui l'A.ta può essere attiva solo per 3 ½ ore al giorno per scarsa resistenza allo stress, aspetti interpretativi degli atteggiamenti degli altri, difficoltà nei contatti interumani. In un'attività di back office, semplice, ripetitiva, senza mansioni di contabile, dalla data odierna, non sussistono limitazioni PSI. (...)" (doc. AI 45/2). Sempre la dr.ssa _____, in uno scritto del 29 maggio 2012 indirizzato all'Ufficio AI con riferimento al progetto di decisione del 24 aprile 2012, ha rilevato che "(...) attualmente pur lavorando a tempo parziale (circa 40%), presenta delle importanti difficoltà nello svolgere le proprie mansioni in modo autonomo. Necessiterebbe infatti della presenza costante di un'altra persona in quanto non sarebbe in grado di organizzarsi anche solo in semplici compiti. Questo a causa dello stato psichico caratterizzato in particolare da attenzione e concentrazione ridotte, facile esauribilità, importante suscettibilità allo stress e al sovraccarico in genere. Purtroppo per quanto la paziente sia una persona disponibile e collaborante, presenta ancora una sintomatologia residua (compresi aspetti psicotici), che non le permette, al momento attuale, di ritrovare completamente la sua funzionalità. Una reintegrazione lavorativa, nell'ambito di mansioni semplici senza alcuna responsabilità e con ridotto contatto con le persone, a percentuale parziale, (massimo 50%) potrebbe evitare un ulteriore peggioramento dello stato psichico. (...)" (doc. AI 61/1). Quanto alla capacità di svolgere un'attività semplice senza essere sottoposta a stress e con contatto ridotto con le persone – dopo che lo stesso dr. _____, vista la documentazione medica della dr.ssa _____ e il verbale della riunione presso il datore di lavoro del 13 giugno 2012, aveva deciso di aggiornare l'incarto dopo il proposto periodo di osservazione sul posto di lavoro fino a fine settembre (cfr. l'annotazione del 28 giugno 2012 sub doc. AI 63/1) – , dal verbale del 16 ottobre 2012 (doc. AI 68/1-3), risulta che la responsabile vendita di _____ dell'_____ ha dichiarato: " (...) ho osservato che non ci sono state solamente delle perdite di concentrazione alla fine del servizio . Ecco i fatti osservati: • Una sera è stato concordato che quando un abbonamento giungeva a scadenza era necessario sostituire la fotografia. Il giorno seguente di fronte ad un caso concreto, la signora RI 1 si è

comportata come se non avesse percepito la direttiva; • La sera del 24 agosto scorso alla sera, la signora RI 1 si è proposta di fare degli abbonamenti (Arcobaleno, Rail-Check) per un ufficio. Ho notato la fatica (difficoltà di ragionamento) che la signora RI 1 ha avuto con conseguente perdita di 30 minuti di tempo; • Lo scorso 28 agosto la signora RI 1 non si è presentata al lavoro e abbiamo dovuto chiamarla al domicilio. La signora RI 1 doveva garantire le pause del personale ridotto presso il punto vendita, causa impiego esterno di altri colleghi. Faccio notare che l'informazione era già nota alla signora RI 1 lo scorso mese di maggio 2012 (affissa anche all'albo); • Quello che si può notare è una mancanza di continuità nel ricordarsi le cose, i compiti che rientrano nelle mansioni abitudinarie. C'è volontà di fare ma c'è la confusione nel portare a termine gli incarichi; • difficoltà nella comunicazione chiara con i clienti allo sportello. [...] Posso affermare che questa fatica nello svolgere l'attività è regolare. [...] Posso confermare che l'attività originale per cui è stata assunta la signora RI 1 presso il punto vendita di _____ non è assolutamente un lavoro semplice, poiché richiede una concentrazione e resistenza allo stress dall'inizio fino alla fine del turno di lavoro. [...] Posso confermare che la signora RI 1 mette tutto l'impegno possibile ma purtroppo denota le difficoltà sopracitate. (...)” (doc. AI 68/2-3, le sottolineature sono del redattore) Dalle dichiarazioni su enunciate della responsabile vendita di _____ dell' _____, non è possibile concludere che le difficoltà evidenziate – difficoltà nel percepire le direttive e di ragionamento con necessità di maggior tempo per svolgere le consegne, rispettivamente la mancanza di continuità nel ricordarsi le cose e i compiti che rientrano nelle mansioni abitudinarie – siano presenti solo allorquando è sottoposta a stress e del tutto assenti in un'attività adeguata. Va qui evidenziato che la responsabile vendita di _____ ha formulato le proprie osservazioni dopo che l'assicurata aveva dichiarato che “(...) vedo la differenza rispetto ad alcuni anni fa, prima del danno alla salute e mi rendo conto che durante lo svolgimento del servizio dopo determinate ore e specialmente quando sono sotto stress, la concentrazione e il rendimento diminuisce. Ho avuto delle difficoltà specialmente quando ero sotto stress, sul finale di turno la fatica e la concentrazione diminuivano. (...)” (doc. AI 68/1-2). In questo senso, stanti le risultanze suenunciate, non può essere condivisa la valutazione del 19 ottobre 2012 nella quale il dr. _____ ha concluso che “(...) sulla base del colloquio che si riferisce all'osservazione di tre mesi da giugno a metà ottobre 2012, oltre che informazioni mediche in dossier e osservazione diretta dell'A.ta, essa ha scarsa resistenza allo stress, difficoltà nei contatti interumani, deficit di attenzione e di concentrazione non compatibili con l'attività abituale. In attività, ad esempio di back office, semplice, ripetitiva, senza mansioni di contabile, con scarsi livelli di stress, non sussistono limitazioni PSI dall'osservazione SMR del 08.02.2012. (...)” (doc. AI 70/3). 2.8. Alla luce di quanto sopra esposto gli atti devono dunque essere rinviati all'amministrazione affinché proceda ad un complemento istruttorio ordinando una perizia psichiatrica volta a chiarire compiutamente i limiti funzionali e l'evoluzione della capacità lavorativa tanto nella sua attività abituale quanto in un'alta attività adeguata e si pronunci nuovamente sul diritto a prestazioni. Nella sentenza 137 V 210 (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, tra l'altro per accertare problematiche non completamente risolte (“ 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”). Giova qui ricordare che conformemente alla giurisprudenza federale una perizia deve essere ordinata qualora sussistono anche solo minimi dubbi riguardo all’attendibilità e alla concluzione delle attestazioni mediche interne dell’assicurazione (in argomento vedi, tra le tante, la STF 9C_1021/2012 del 3 luglio 2013 e la 9C_330/2012 del 7 settembre 2012 entrambe con rinvio alla DTF 135 V 465). In particolare l’amministrazione dovrà prendere in considerazione la perizia di parte del 28 gennaio 2013 redatta dalla dr.ssa _____ corredata dalle valutazioni testistiche dei Lic. psi. _____ e _____ (doc. C/1-6). La dr.ssa _____ pone una diversa diagnosi (Sindrome schizoaffettiva, tipo depressivo; ICD 10 F 25.1) e nelle conclusioni si riferisce agli episodi di malattia occorsi nel 2005 e nel 2011. In questo senso, secondo questa Corte, la perizia di parte va considerata in quanto, da una parte è trascorso un tempo relativamente breve (due mesi e mezzo) tra la prima visita della dr.ssa _____ il 15 gennaio 2013 e la decisione impugnata, dall’altra la specialista (riferendosi anche a episodi di malattia antecedenti) mette in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione precedente la decisione del 30 ottobre 2012 (in argomento vedi la STCA 32.2013.46 del 18 giugno 2013 che rinvia alla STF U 299/02 del 2 settembre 2003). L’amministrazione dovrà altresì valutare la necessità o meno di procedere all’esecuzione di ulteriori test ritenuto che la somministrazione di test psicodiagnostici viene solitamente effettuata quando vi sono dei dubbi diagnostici. Non è invece possibile concludere per un’inabilità lavorativa del 100% (come attestato dalla dr.ssa _____ e preteso dall’insorgente con lo scritto dell’8 febbraio 2013; cfr. consid. 1.6) ritenuto, da una parte che per l’assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e dall’altra parte che la dr.ssa _____ non ha nemmeno indicato da quando vi sarebbe da ritenere l’incapacità lavorativa totale attestata. Non appare invece necessario procedere ad un accertamento medico pluridisciplinare visto che l’insorgente non apporta alcun atto medico specialistico che documenterebbe un’inabilità lavorativa riconducibile a motivi d’ordine reumatologici. 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). Inoltre – nell’ambito degli accertamenti esperiti dall’Ufficio AI e che avevano portato alla conclusione che l’assicurata non poteva più svolgere la sua professione appresa di parrucchiera diplomata – il dr. _____, spec. malattie delle vie respiratorie, asma e il dr. _____, FMH in dermatologia e venereologia, avevano concluso che, secondo i diversi test eseguiti, risultava una chiara inidoneità al lavoro quale parrucchiera e che era indispensabile procedere ad una riqualificazione professionale (cfr. doc. AI 6/3-4 e 6/5). Riformazione che ha in effetti avuto luogo (cfr. consid. 1.1) e che, da ultimo, ha permesso all’assicurata di lavorare, al 100% dal 2001 all’80% (a seguito di ristrutturazione interna) dal 2005, presso la _____ (vedi l’iter scolastico e professionale sub doc. AI 28/3). 2.9. Quanto alle ulteriori censure in merito all’applicazione del metodo misto per il calcolo del grado d’invalidità e per aver

ritenuto quale reddito da valido quello ottenibile quale parrucchiera diplomata – ancorché prematuro ritenuto che la situazione medica deve ancora essere acclarata – occorre osservare quanto segue. Effettivamente – a differenza di quanto fatto nel 1995 dopo aver dato personalmente la disdetta a causa di una malattia professionale (cfr. incarto disoccupazione) – nel 2005, allorquando la _____ le avrebbe ridotto il pensum (dal 100% all'80% per motivi di ristrutturazione interna), l'assicurata non si è più iscritta al collocamento. Va qui evidenziato che ella – a differenza di quanto sembrerebbe ritenere nel ricorso "(...) d'altra parte, la ricorrente preferì tenere l'occupazione all'80%, anche per le buone condizioni, che sono ancora presenti nell'ambito pubblico e soprattutto quando si tratta di un soggetto femminile. Evidentemente, nel privato un posto d'impiego al 100%, per una donna, verosimilmente non avrebbe consentito di realizzare un reddito simile a quello offerto dall' _____ e dunque per questa ragione la ricorrente rimase occupata all'80%. (...)” – non avrebbe dovuto rescindere la sua attività all'80% ma si sarebbe potuta semplicemente iscrivere al collocamento alla ricerca di un'attività lavorativa nella misura del 20%. Quanto al reddito da valido, prima del danno alla salute l'assicurata aveva conseguito l'attestato di capacità federale quale parrucchiera per signora il 30 giugno 1989 (cfr. doc. 18/25) e da allora (fino a quando nel 1994 ha dovuto rinunciarvi per motivi di salute) ha lavorato in quel settore (cfr. il curriculum vitae sub doc. AI 18/20/21). Dagli atti non risulta che, indipendentemente dal danno alla salute, ella avrebbe voluto lasciare la professione appresa per una diversa attività. Pertanto è a giusto titolo che l'amministrazione ha considerato quale reddito da valido quello conseguibile quale parrucchiera e non invece, come preteso dall'insorgente, quello conseguito presso la _____ di _____, attività questa per la quale ella era stata riformata proprio a causa del danno alla salute.

2.10. 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. 500.-- sono poste a carico dell'amministrazione. Alla ricorrente, rappresentata da un sindacato, vanno riconosciute le ripetibili.

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