

TI_GERICHTE 32.2017.87 vom 24. April 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-04-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.87

FR: TI_GERICHTE 32.2017.87 du 24 avril 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.87 del 24 aprile 2017

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003). 2.4. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143). A sua volta, l'art. 17 cpv. 1 LPGa stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGa. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze

dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). 2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre precisato: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale

federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Con sentenza pubblicata in DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi.

2.6. Ricevuta la domanda di prestazioni, l’amministrazione, alla luce delle varie certificazioni di inabilità lavorativa rese dallo psichiatra curante dr. _____, ha interpellato quest’ultimo, il quale, nel rapporto del 18 aprile 2016, poste le diagnosi di “ICD 10 F43.22 evoluta verso ICD 10 F 32.1”, definendo il “quadro clinico instabile con ansia, deflessione dell’umore, disturbi del sonno, della memoria e della concentrazione, diminuzione della libido, difficoltà a proiettarsi nel futuro, a volte idee passive di morte “ ha concluso per un’inabilità lavorativa nell’ultima attività esercitata dall’11 agosto 2015, con prognosi favorevole e probabile ripresa completa della capacità lavorativa “ ma in un altro contesto lavorativo ” (doc. AI 13). In seguito il dr. _____ ha attestato ulteriormente l’inabilità lavorativa completa per vari periodo dal giugno 2016 al dicembre 2016 (doc. AI 20, 25, 39, 43). Sono quindi stati riconosciuti provvedimenti d’intervento tempestivo sotto forma di un corso di inglese quale corso di formazione (doc. AI 19). Dal canto suo, la dr.ssa _____, generalista, nel certificato del 8 giugno 2016, poste le diagnosi di “ sindrome depressiva importante (2015), stato dopo burnout (2013)- relativo allo stress” , ha certificato una completa inabilità lavorativa dal 31 agosto 2015, dovuta a “ impedimento psicologico e depressivo nello svolgere il suo lavoro ” (doc. AI 25). Con annotazione del 11 luglio 2016 il dr. _____ del SMR ha ritenuto indicato pianificare dei “ corsi di carattere professionale volti ad arricchire l’assicurata e spendibili sul mercato del lavoro per rinvenimento di un nuovo datore di lavoro ” (doc. AI 28). Con ulteriore annotazione del 24 agosto 2016 il medesimo medico SMR ha sollecitato la valutazione del caso da parte dei medici (doc. AI 32), e, di conseguenza, con comunicazione del 29 agosto 2016 è stato comunicato all’assicurata che i provvedimenti integrativi non erano al momento attuabili (doc. AI 34). L’amministrazione ha richiamato gli atti dell’assicurazione malattia _____ comprensivi di alcuni accertamenti medici, fra i quali una perizia del 16 agosto 2016 con la quale il dr. _____, psichiatra, alla luce di una visita medico specialistica eseguita il 3 agosto 2016, ha concluso quanto segue: “(...) Afferma di essere coniugata dal gennaio 2004, avrebbe 3 figli: 2 gemelli 12enni ed una figlia. La situazione, come descritta, vede assolutamente prevalenti situazioni esterne dovuta ad una situazione lavorativa definibile come spiacevole, mentre non sono assolutamente emersi aspetti di tipo endogeno. Al momento attuale l’assicurata ha affermato di svolgere regolarmente i lavori di casa, pur con l’aiuto di un’amica, di andare a fare la spesa insieme al marito e di cucinare anche se di mala voglia. Porterebbe a spasso alla mattina un cane labrador, dichiara di avere interrotto l’hobby della ceramica da inizio 2015, di star leggendo un libro di Clara Sanchez di cui non ricorda la trama. A mezzogiorno cucinerebbe per i figli che attualmente frequentano un corso di lingue e sport. Trascorrerebbe il pomeriggio sul divano ed accenderebbe la televisione tenendo basso il volume. Cena verso le 19:30 il marito rientrerebbe più tardi, lavorerebbe in Italia in qualità di dirigente di una compagnia assicurativa nei pressi di _____. Dopo cena rigovernerebbe la cucina ed andrebbe a letto alle 23:30. La descrizione della giornata dimostra chiaramente come l’assicurata è attiva al mattino normalmente nei lavori di casa, Avrebbe un momento di appannamento nel pomeriggio e continuerebbe comunque a rigovernare la cucina dopo cena indicativamente dalle 21:00 alle 23:30. Afferma infine di avere intenzione di iscriversi in disoccupazione al 50% o dal 01.09.2016. La diagnosi che posso proporre è quella di disturbo da disadattamento con reazione mista ansioso depressiva. L’evoluzione favorevole della vertenza giudiziaria

porterebbe certamente ad una ripresa lavorativa completa immediata, 2. Disturbi oggettivi
disturbi soggettivi : Disturbi oggettivi: validati secondo AMDP System > L'assicurata si è
presentata in lieve anticipo da sola alla guida della propria automobile senza problemi. >
Non sono emersi disturbi dello stato di coscienza. > Non sono emersi disturbi
dell'orientamento. >Non sono emersi disturbi dell'attenzione e della memoria, > Assenti
disturbi formali del pensiero, > Assenti timori, fobie e sintomi ossessivi-compulsivi. >
Assenti deliri, > Assenti disturbi della percezione. > Assenti disturbi della coscienza >
Umore in asse tranne recriminazioni per la situazione lavorativa. > Lieve ansia psichica
soggettiva. > Assenti disturbi della carica vitale e della psicomotricità, > Assenti variazioni
circadiane. > Assente ritiro sociale. > L'attendibilità nella narrazione dei fatti è apparsa
discreta. Disturbi soggettivi: L'assicurata dichiara di avere un continuo macchinare
notturno, che i medicinali assunti Ciprex 20 mg 1 compressa die, Trittico 1 compressa
alla sera sono inefficaci nell'ultimo mese. Non potrebbe vedere le automobili dei dirigenti
della _____. Afferma che il suo stato peggiora al pomeriggio, di sudare molto, di
avere nausea soprattutto di fronte al cibo e di essere tachicardica. Dichiara un peso di 61 kg
per altezza 166 cm e di aver perso 3 kg nell'ultimo mese. 3. L'attuale malattia giustifica
ancora un'incapacità lavorativa nella misura del 100% per soli problemi psichici? Se sì per
quale durata. Alla luce di quanto descritto oggi dall'assicurata, appare verosimile che la
vertenza giudiziaria con la _____ sia la causa primaria a limitarla nel mettersi in
gioco nel mondo del lavoro. Dal punto di vista esclusivamente psichiatrico non posso
riconoscere né giustificabile da oggi alcuna inabilità lavorativa. L'assicurata ha riferito di
avere intenzione di iscriversi presso la disoccupazione al 50% da inizio settembre. Tuttavia
il fatto che sia in grado di gestire la propria vertenza giudiziaria con il precedente datore di
lavoro rispettivamente di gestire la sua quotidianità e tutte le questioni riguardanti la casa
dimostra come in questo momento l'assicurata non presenta segni, sintomi e limitazioni
particolari di origine psichica. 4. Possibile ripresa lavorativa? Se sì, da quando ed in che
misura? Al 100% da subito. 5. Cura adeguata? È consigliabile una cura diversa, sono
indicati ulteriori cure? Se sì quali? L'assicurata assume medicinali antidepressivi, che
sarebbero tuttavia privi di efficacia. Questo anche perché non siamo di fronte ad una
situazione di depressione maggiore endogena bensì ad una condizione verosimilmente
incentrata esclusivamente su una condizione di difficoltà biosociale che, come ammette
l'assicurata stessa, si potrebbe risolvere con una decisione a lei favorevole del giudice
contro il licenziamento.” (doc. 1 incarto _____) In uno scritto del 7 settembre 2016
all'attenzione della _____, il dr. _____ affermava: “(...) La signora è stata
valutata dallo psichiatra dottor _____ in data 3 agosto 2016 nel corso di un incontro
di circa 60 minuti. Il perito ha diagnosticato una sindrome da disadattamento con reazione
mista ansioso-depressiva e concluso a favore di un'abilità al lavoro nella misura del 100%.
In risposta alla perizia menzionata non posso che sollevare alcune perplessità. Viene
riconosciuta la diagnosi ICD 10 F43.22 ma non un'inabilità lavorativa. Non si accenna al
fatto che la signora RI 1, in ogni caso, risulta definitivamente inabile al lavoro nella misura
del 100% nell'ultimo contesto lavorativo (indipendentemente dal licenziamento). Quanto ho
potuto oggettivare dopo più di un anno di presa a carico, mi permette di diagnosticare
un'evoluzione dell'iniziale sindrome da disadattamento verso un quadro clinico instabile
riconducibile alle diagnosi ICD 10 F32.1 e F41.1. È probabile che, nel corso del suo breve
incontro con la paziente, lo psichiatra dottor _____ non abbia potuto rendersi conto
dell'instabilità delle condizioni psichiche in presenza di una sintomatologia caratterizzata da
tono dell'umore deflesso, ansia pervasiva e generalizzata che porta a marcata astenia e a

difficoltà nell'affrontare la quotidianità, disturbi del sonno, della memoria e della concentrazione, diminuzione dell'appetito e della libido, mancanza di progettualità, rimuginazioni soprattutto notturne, sentimenti di autosvalutazione e diminuzione dell'autostima. La vertenza giudiziaria certamente contribuisce a non permettere un'evoluzione favorevole in tempi brevi. Ricordo che la signora RI 1 è in terapia con Cipralex 20 mg/die; Trittico 50 mg 1 cp per la notte e Xanax 0.25 mg 1-3/die. Quanto descritto mi porta a ritenere la signora RI 1 inabile al lavoro nella misura del 100% almeno fino al

E. 31

ottobre 2016, affermando tuttavia che la prognosi lavorativa risultava favorevole “ma, categoricamente, in un altro contesto lavorativo” (doc. 2 inc. _____). Quanto al dr. _____, nella sua perizia eseguita del 13 ottobre 2016 per _____, dopo valutazione clinica e degli atti, rievocati i problemi sul lavoro incontrati dal mese di agosto 2015 e la conseguente inabilità lavorativa per le conseguenze dello stato ansioso e di agitazione - rilevati un atteggiamento collaborante, eloquio spontaneo, mimica un po' ridotta, orientamento nei tre domini mantenuto, assenza di grossolani disturbi percettivi o della comprensione e dell'attenzione, pur in presenza di emotività labile, affettività appiattita, tono dell'umore tendenzialmente deflesso, tuttavia con istinto vitale mantenuto - evidenziata una “ sintomatologia depressiva reattiva a problemi d'ordine lavorativo ”, ha concluso confermando in sostanza la diagnosi di “ Sindrome da disadattamento, con reazione depressiva prolungata (ICD 10: F43.21)”. Ha quindi ritenuto indicato mantenere la presa a carico psichiatrica e la terapia farmacologica in atto. Quanto alla capacità lavorativa, l'ha giudicata, da subito, piena, raccomandando una ripresa completa dell'attività lavorativa, essendo la stessa non solo possibile, ma anche utile e necessaria “per rientrare progressivamente in una condizione di relativa normalità”. Ha quindi precisato che “non emergono in generale problemi di integrazione nella propria professione, che per altro non viene messa in dubbio dall'assicurata ” (doc. 4 inc. _____). Ora, questo TCA non ha motivi per mettere in dubbio le dettagliate, approfondite e convincenti conclusioni dei vari medici che si sono occupati dell'assicurata, e che hanno concordemente concluso che al più tardi dalla fine di dicembre 2016 l'assicurata andava considerata nuovamente abile in misura completa nella sua attività lavorativa. In particolare il dr. _____, che segue l'assicurata da anni, nell'ultimo rapporto di decorso del 1. dicembre 2016, segnalato il decorso favorevole delle affezioni dell'assicurata, dopo un'attenta analisi dei dati oggettivi e soggettivi, posta la diagnosi di “ ICD 10 F32.1 con decorso favorevole”, ha concluso ammettendo una completa abilità lavorativa nell'attività precedentemente svolta dal 1. gennaio 2017, indicando unicamente la necessità di lavorare “ in un contesto lavorativo diverso” (doc. AI 44). Del resto, con rapporto finale del 30 gennaio 2017 anche la dr.ssa _____, psichiatra del SMR, posta la diagnosi invalidante di “ sindrome da disadattamento con sintomatologia ansioso-depressiva, ormai completamente risoltasi ICD 10 F 43.22 ”, ha concluso per una completa inabilità lavorativa in ogni attività dal 10 agosto 2015 al 31 dicembre 2016, con recupero totale in seguito (doc. AI 55). Ora, a tali valutazioni specialistiche approfondite e complete, che sono avvenute, contrariamente a quanto affermato dalla ricorrente, dopo visite cliniche accurate (in particolare presso il dr. _____ il 3 agosto 2016 e presso il dr. _____ il 10 ottobre 2016, doc. 1 e 4 inc. _____), questo TCA deve aderire. Del resto, ad ulteriore conferma di una situazione decisamente migliorata, va detto che l'assicurata si è iscritta all'assicurazione disoccupazione dal 1. gennaio 2017 alla ricerca di un lavoro a tempo pieno (doc. AI 47 e

inc. disoccupazione), producendo un certificato del dr. _____ che attestava un'abilità lavorativa completa, prescrivendo soltanto " un contesto diverso " (doc. AI 47, 55). Per quanto concerne la censura della ricorrente che vorrebbe dedurre una, non ben precisata, inabilità lavorativa per il fatto che secondo il dr. _____ il ritorno al lavoro dovrebbe avvenire "in contesto lavorativo diverso " (doc. AI 44), va detto che la precisazione del curante riguarda unicamente la raccomandazione che l'assicurata non torni a lavorare presso il precedente datore di lavoro, la _____. Nessuna limitazione è invece stata posta riguardo al suo lavoro come impiegata di commercio e/o di ufficio che l'assicurata può liberamente svolgere in qualsiasi settore, anche in quello assicurativo. Del resto, nel gravame non è stata in alcun modo comprovata o documentata l'esistenza di limitazioni alla capacità lavorativa riconducibili ai fattori addotti in questa sede quali " difficoltà di concentrazione, facile affaticabilità, problemi mnemonici, ridotta tenuta nelle situazioni di stress e multitasking ; doc. I, VI). Del resto, non è superfluo ricordare che l'interessata non ha prodotto, né in corso di procedura amministrativa, né in questa sede, alcuna certificazione medica. Alla luce della documentazione agli atti, questo Tribunale non può quindi che aderire alla convincente presa di posizione del SMR del 30 gennaio 2017 (doc. AI 55). A questo riguardo va pure ricordato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI 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 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico. 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'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (cfr. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 p. 174, con riferimenti). A tali conclusioni si deve quindi aderire, ritenuto che, come detto, le valutazioni agli atti non sono state smentite da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alle valutazioni mediche agli atti e entro la data della decisione contestata, ribadito come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato (DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Rispecchiando quindi le valutazioni degli specialisti interpellati e quelle del SMR tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b) che l'insorgente, dopo essere stata, dal mese di agosto 2015 al dicembre 2016, completamente inabile al lavoro per motivi psichiatrici, dal 1. gennaio 2017 non ha più presentato alcuna rilevante limitazione della capacità lavorativa. Visto quanto sopra, la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in

base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 con rinvii). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). 2.9. In considerazione di quanto detto, a ragione l'amministrazione ha concluso che, successivamente al 31 dicembre 2016 (recte: 31 marzo 2017; cfr. in seguito al consid. 2.10), in assenza di un'incapacità lavorativa, nessuna prestazione dell'AI poteva più esserle concessa (art. 6 e 8 LPGA; cfr. al consid. 2.3). Non può essere seguita la ricorrente laddove censura in sostanza questa conclusione sostenendo di subire un pregiudizio economico per il fatto di esser esclusa " dall'attività professionale presso il precedente datore di lavoro (e nel contesto assicurativo in generale)". Come è stato dianzi esposto (consid. 2.6. e 2.8), il medico SMR, sulla base delle certificazioni del curante e degli altri specialisti interpellati, ha con pertinenza concluso che dal 1. gennaio 2017 l'assicurata ha riacquisito una completa capacità lavorativa nella precedente professione di impiegata di commercio e/o di ufficio. Contrariamente a quanto da lei affermato, nessuna limitazione è per contro stata posta con riferimento al " settore assicurativo " che resta aperto senza limitazioni. L'unica limitazione che è stata posta è quindi quella di non lavorare più presso il precedente datore di lavoro, a motivo delle problematiche che erano insorte e che hanno in definitiva portato sia allo scompensamento psichico che alla conclusione del rapporto di lavoro. Tale limitazione non cagiona in tutta evidenza alcuna perdita economica all'assicurata. In effetti, a ragione l'Ufficio AI ha osservato che, considerata la formazione dell'assicurata e la lunga esperienza lavorativa, l'interessata potrebbe certamente ambire ad un salario equivalente a quello percepito presso la _____ presso un altro datore di lavoro, eventualmente anche in ambito assicurativo. Sia in proposito nuovamente ribadito che i medici interpellati hanno precluso all'assicurata unicamente la continuazione dell'attività lavorativa presso la _____, non invece in altre compagnie assicurative. Alla luce di queste considerazioni, segnatamente in assenza di una qualsivoglia incapacità lavorativa dopo il 1. gennaio 2017, a ragione l'Ufficio AI ha statuito sul diritto a prestazioni dell'interessata senza procedere ad un confronto dei redditi. 2.10. Si deve quindi convenire con l'amministrazione che l'assicurata va considerata completamente inabile al lavoro limitatamente al periodo dal maggio 2015 al 31 dicembre 2016. Tuttavia, richiamato quanto esposto al consid. 2.4 e meglio il disposto di cui all'art. 88a cpv. 1 lett. a OAI, considerato l'avvenuto miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurata a far tempo dal 1. gennaio 2017, la rendita intera le va assegnata fino al 31 marzo 2017, ovvero tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute. La decisione del 24 aprile 2017 va quindi confermata nella sostanza, con la precisazione che alla ricorrente va assegnata una rendita intera dal 1. agosto 2016 (versata dal 1. settembre 2016) al 31 marzo 2017. 2.11. 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 nella misura di fr. 400 della ricorrente e di fr. 100 dell'UAI.

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