

## **TI\_GERICHTE 32.2021.58 vom 26. März 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-03-26, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2021.58](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.58)

FR: TI\_GERICHTE 32.2021.58 du 26 mars 2021

IT: TI\_GERICHTE 32.2021.58 del 26 marzo 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 46**

). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che 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 LPGGA 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., p. 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 ch'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 p. 84). Per la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) 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 e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222). 2.4. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). 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). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, 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 (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 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. Va ancora rilevato che con sentenza 8C\_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 4/5 2015, IV Nr. 21, pag. 62, il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6). In una sentenza 9C\_158/2012 del 5

aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5 pag. 349 con riferimenti). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (STF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 181, STF 9C\_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche STF 9C\_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008) al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; DTF 115 V 133 consid. 2 pag. 134; DTF 114 V 310 consid. 3c pag. 314; DTF 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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 DTF 122 V 160 consid. 1c). 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 (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso 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, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (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 i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). 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). 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 ) 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\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Infine, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). 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/RSAS 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 psico-sociale 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001; DTF 130 V 352). 2.6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale 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; STF I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza

di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, lo sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Con sentenza 9C\_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito 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 (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata nella sentenza del TF 8C\_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (cfr. anche STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2). Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. 2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se nel caso di specie lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione

impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, non ha alcun motivo per scostarsi dalla perizia del \_\_\_\_\_ del 14 agosto 2020 (doc. AI pag. 183 e seguenti) che ha concluso per una capacità lavorativa nel suo ultimo impiego di impiegata d'ufficio del 40%, riservati i periodi di inabilità completa dal 1. novembre 2018 al 31 luglio 2019 e durante i successivi ricoveri in clinica per le patologie psichiatriche. In un'attività adatta invece, vale a dire un'attività, " anche di tipo impiegatizio ma con minori responsabilità, con maggiore autonomia e in ambiente a bassa conflittualità e non particolarmente richiedente ", l'assicurata era da considerare, sempre a partire dal mese di agosto 2019, abile in misura del 90%, sempre riservati i medesimi periodi di inabilità lavorativa. Nel dettagliato referto datato 14 agosto 2020 i periti, dopo aver riassunto gli atti, l'anamnesi familiare, personale – sociale, professionale e patologica, i disturbi soggettivi e le affezioni attuali, l'anamnesi sistemica e le constatazioni obiettive, dopo aver eseguito i necessari esami clinici e testali, hanno posto quale diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa quella di "Disturbo dell'adattamento reazione depressiva prolungata (F43.21)", e hanno quindi riassunto come segue l'esame clinico effettuato secondo AMDO-System: " (...) Lucida ed orientata temporospazialmente, nonostante rassicurata riferisca di non leggere per problemi di attenzione e concentrazione, rimane comunque concentrata per tutta la durata del colloquio, non sembra presentare segni di marcata stanchezza al termine dello stesso. Buona la rievocazione mnemonica, il cognitivo appare sostanzialmente integro, si evidenzia un lieve rallentamento psicomotorio, non vi sono elevate quote di ansia libera benché rassicurata mostri talvolta le mani facendo vedere un lievissimo tremore che riferisce, prima dell'ultimo ricovero al \_\_\_\_\_, era più intenso e sarebbe diminuito con il ripristino e il miglioramento del ritmo sonno-veglia e l'incremento della dose di Quetiapina. Non emergono idee ipocondriache né sintomi ossessivo-compulsivi, non emergono disturbi della forma del pensiero. L'assicurata riferisce talvolta crisi di pianto che non sembrano arrivare da rimuginii particolari né rimuginerebbe più sugli eventi ormai molto distanti nel tempo accaduti sul lavoro e che avrebbero scatenato il suo malessere benché ('assicurata attualmente tenda, soprattutto dopo quello che le è stato detto nell'ultimo ricovero al \_\_\_\_\_ di abbracciare più la tesi di una forma di depressione cronica. Non emergono ideazioni deliranti. L'assicurata non è sospettosa o diffidente nei confronti del perito. Commenta invece la perizia del Dr. \_\_\_\_\_ per la \_\_\_\_\_ in cui questi avrebbe sostanzialmente parlato soltanto di sé e dei suoi figli e le avrebbe chiesto ben poco per poi liquidarla dicendo che era abile al lavoro e commenta anche negativamente la parte finale della relazione terapeutica con la Dr.ssa \_\_\_\_\_ dove la collega l'avrebbe un po' eccessivamente stimolata e rimproverata come se, il non stare meglio fosse colpa sua, il che ('avrebbe portata poi a chiedere di essere presa in carico alla Dr.ssa \_\_\_\_\_. Di fatto l'umore appare deflesso, viene riferita astenia, vi è obiettivamente un lieve rallentamento psicomotorio. L'assicurata si definisce anergica, tendenzialmente sonnolenta, lo è anche effettivamente durante la prima mezz'ora del colloquio dove fa numerosi sbadigli che poi scompaiono; per il secondo colloquio chiede di essere vista dopo le 11.00 perché solitamente lei fino a quell'ora dorme. Non sono presenti ideazioni suicidali. L'assicurata, pur non avendo ripreso di dipingere sui sassi, riferisce di provare piacere in questo Documento vincolato al segreto professionale e riuscirebbe anche a guardare qualche film in televisione ma in tutte le attività domestiche non sarebbe stimolata a fare nulla. Non emergono tuttavia idee di inadeguatezza, né parrebbe che in famiglia vi siano delle tensioni a causa di questa sua inefficienza, almeno da quanto lei dice, su esplicita domanda del perito. Infatti non vi sarebbero screzi particolari se non quelli fisiologici che avvengono in

tutte le famiglie benché agli atti più volte, venissero riportate problematiche che ella attribuisce essenzialmente a motivi economici. Non emergono idee di rovina e l'assicurata mantiene comunque la speranza di poter star meglio in un futuro. L'assicurata attribuisce alla terapia farmacologica un lieve calo della libido, benché abbia rapporti con il marito; l'appetito sarebbe scarso, l'assicurata sarebbe ancora in sovrappeso rispetto al suo peso normale anche se avrebbe perso 7 kg durante l'ultimo ricovero ed avrebbe ancora un certo craving per i carboidrati, cosa strana per lei che in passato non l'aveva mai avuto. Non riferisce crisi di ansia panica, né comportamenti agorafobici; d'altra parte, a causa del ritiro sociale, rassicurata non è interessata a parlare con altre persone anche se talvolta, con il marito si recano in Italia da amici. A parte un lieve tremore fine alle mani l'assicurata non le contorce, non mostra segni di stato eretistico anche se riferisce di aver avuto frequentemente reflusso gastroesofageo e non si spiega come mai le abbiano sospeso il Pantoprazolo nell'ultimo ricovero alla Clinica \_\_\_\_\_. Non è stata prescritta alcuna terapia al bisogno per l'ansia, l'assicurata riferisce talvolta di soffrire di crisi di cefalea.” (doc. AI pag. 198) I periti hanno quindi effettuato un'accurata discussione diagnostica, illustrando lo sviluppo delle sue problematiche psichiatriche, esordite dapprima nel 2010 e quindi nel 2018 a seguito di problematiche lavorative: " (...) Attualmente il quadro è caratterizzato da deflessione timica e lieve rallentamento psicomotorio, sono presenti anche segni non verbali di tipo depressivo, anche se la quota ansiosa riferita come elevata non è evidente e riferisce energia e astenia anche nelle attività domestiche. Non emergono tuttavia idee di colpa, di rovina, di indegnità e inadeguatezza e (l'assicurata appare poco angosciata rispetto all'essere ben meno performante che in passato, come solitamente accade invece ad un soggetto che presenta il primo vero episodio depressivo. A tal proposito si sottolinea peraltro come giustamente i medici della clinica \_\_\_\_\_ a differenza della curante non parlino di sindrome depressiva ricorrente ma soltanto di episodio depressivo di grado medio. Non sono inoltre presenti segni di residualità depressiva come l'appiattimento ideomotorio, il distacco dalla realtà esterna e la perdita- di funzionamento a livello cognitivo che potrebbero osservarsi a fronte di una cronicizzazione di un episodio depressivo medio grave che in tal caso dovrebbero permanere in modo poco modificabile se si trattasse di un quadro cronicizzato. L'assicurata stessa, anche se in clinica le sarebbe stato detto che dovrà convivere con la depressione, ritiene che potrebbe invece migliorare e non sembra senza speranza. Pertanto non sono soddisfatti i sintomi per porre diagnosi oggettiva di alcun episodio depressivo maggiore attuale ma siamo di fronte ad una posizione regressiva che perdura dall'iniziale sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata. Rispetto alla presenza di aspetti paranoidei e interpretativi che emergevano all'MMPI-2 (pur da interpretare con cautela) e al test di Rorschach, si deve sottolineare come tale interpretati vita non emerga nella relazione con il perito e sembri presente soltanto relativamente a quanto accaduto sul lavoro, rispetto alla perizia del Dr. \_\_\_\_\_ e nella parte finale della relazione terapeutica con la Dr.ssa \_\_\_\_\_, mentre questi tratti, quando presenti, sono solitamente pervasivi e, peraltro, poco compatibili con un ruolo di responsabile delle risorse umane soprattutto se, come ella stessa afferma, svolto sempre senza alcun atteggiamento ostile e da "tagliatore di teste" come talvolta può accadere. È possibile tuttavia che tale atteggiamento emerga quando rassicurata non si senta non tanto compresa, quanto soddisfatta nelle sue rivendicazioni ed aspettative per cui, anche relativamente alle mie conclusioni, è probabile che esprima un netto disaccordo.” (doc. AI pag. 200) Hanno quindi effettuato un'accurata valutazione di capacità, risorse e problemi secondo lo schema Mini ICF – APP, con i seguenti esiti: " (...) 1. Rispetto delle regole : grado di disabilità

lieve : la tendenziale ipersonnia mattutina e la necessità di pause mal si conciliano con il rispetto di puntualità ed orari di lavoro, anche se questo aspetto è superabile con uno sforzo di volta da parte dell'assicurata; a questo si aggiunga che potrebbero in parte dipendere dal sovradosaggio di alcuni farmaci (trazodone in primis) verificati con il prelievo ematico e che potrebbero essere migliorati con una riduzione della farmacoterapia. 2. Organizzazione dei compiti : grado di disabilità moderato in attività abituale assente in altra attività : se deve essere lei a gestire l'organizzazione anche per altre persone probabilmente avrebbe delle difficoltà connesse allo scegliere le giuste priorità; invece, laddove avesse procedure standardizzate, non avrebbe problemi dovuti a psicopatologia ad adeguarvisi. 3. Flessibilità : grado di disabilità moderato in attività abituale lieve in attività adeguata : non tollerebbe picchi di lavoro e grandi responsabilità o prolungate contrattazioni come richiede il ruolo di responsabile delle risorse umane mentre in un'attività routinaria e in mansioni anche impiegate potrebbe svolgere le sue mansioni. 4. Competenze : grado di disabilità lieve in attività abituale, assente in attività adeguata ; la flessibilità e la capacità di risolvere problemi sono centrali nell'attività abituale, anche se non emergono deficit cognitivi o distacco dalla realtà esterna che impediscano altri tipi di impieghi in cui le capacità metacognitive siano meno fondamentali. 5. Giudizio : grado di disabilità assente : esame di realtà integro, anche se ha assunto una posizione regressiva che la porta ad un maggior ritiro dalle relazioni sociali, meno da quelle individuali (come il dipingere sassi). 6. Persistenza : grado di disabilità lieve-moderato in attività abituale lieve in attività confacente ; un'attività che richieda una costante concentrazione, attenzione e capacità multitasking, assorbirebbe maggiori energie rispetto a compiti semplici e ripetitivi. 7. Assertività: grado di disabilità moderato in attività abituale, assente in attività confacente : faticerebbe attualmente a reggere un costante confronto tra dipendenti e vertici aziendali come richiesto dal ruolo ricoperto e a mediare conflitti, mentre riuscirebbe comunque a portare avanti correttamente le proprie idee in un ambiente non conflittuale. 8. Contatto con gli altri : grado di disabilità lieve-moderato in attività abituale, assente in attività confacente : è una persona differenziata, colloquiabile e disponibile, non emergono quote disforiche anche se la costante mediazione ed esposizione al giudizio e potenziali critiche esterne risulta poco tollerabile in questa fase. 9. Integrazione nel gruppo : grado di disabilità moderato in attività abitate lieve in attività confacente : la ridotta integrazione in un gruppo per la persistenza di una sindrome depressiva sarebbe meno tollerabile se dovesse ricoprire un ruolo appartenente al management che in un ruolo impiegatizio in un team di lavoro. 10. Relazioni intime : grado di disabilità non influente sulla CL . 11. Attività spontanee : grado di disabilità lieve : guarda la televisione, ha dipinto sassi e nel periodo di malattia è andata a trovare la zia in \_\_\_\_\_. 12. Cura di sé : grado di disabilità assente: discretamente curata nell'igiene, nella persona e nell'aspetto. 13. Mobilità : grado di disabilità assente : non guida volentieri l'auto, anche se sono assenti evitamenti agorafobici che limitino sul piano medico teorico la sua mobilità.” (doc. AI pag. 202) Sulla base di questa valutazione i periti hanno concluso che in un'attività professionale come quella esercitata dal 2007 al 2018 (quale responsabile delle risorse umane) l'assicurata presentava “ una limitazione significativa benché lungi dall'essere completa ”, mentre che in un'altra attività “ anche di tipo impiegatizio, con minori responsabilità, con maggiore autonomia e in ambiente a bassa conflittualità e non particolarmente richiedente ”, le limitazioni risultavano “ minime, se non assenti ” (doc. AI pag. 203). Di conseguenza, alla luce di questi riscontri clinici, i periti hanno concluso come segue in merito alla capacità lavorativa: " (...) 8.1 CL nell'attività abituale Nell'ultimo ruolo ricoperto di responsabile del personale l'assicurata ha

probabilmente presentato in una fase iniziale acuta una IL completa che è databile dal novembre 2018 al massimo fino a quando stimato nella perizia fiduciaria del Dr. \_\_\_\_\_ e cioè al 31.07.2019. Dal 01.08.2019 l'assicurata ha presentato (al di fuori dei periodi di ricovero ospedaliero dove si può riconoscere una IL completa) una CL del 40% (riduzione del rendimento). 8.2 CL in attività adeguata In un'altra attività anche di tipo impiegatizio, con minori responsabilità, con maggiore autonomia e in ambiente a bassa conflittualità e non particolarmente richiedente rassicurata a partire verosimilmente dal 01.08.2019 presenta una minima limitazione della CL, che è pertanto da ritenersi del 90%. 8.3 CL in attività assimilabile a quella di casalinga L'assicurata afferma di non riuscire a fare nulla a casa ma, a parte per il lieve rallentamento che potrebbe dipendere anche dal sovradosaggio di alcuni farmaci, non vi sono elementi psicopatologici che possano giustificare una riduzione del funzionamento in qualità di casalinga. 8.4 Provvedimenti sanitari e terapie con ripercussione sulla CL A mio avviso, il trattamento deve andare verso una riduzione del dosaggio dei farmaci e verso uno stimolo a riprendere l'attività lavorativa. Ritengo indicato un aiuto al collocamento o un sostegno nel reintegro professionale anche se ritengo che per la posizione assunta dall'assicurata difficilmente la stessa risulterà collaborante.” (doc. AI pag. 204) Tutto ben considerato, il referto del \_\_\_\_\_, allestito peraltro dopo aver anche consultato telefonicamente sia la dr.ssa \_\_\_\_\_ (curante dell'assicurata dall'agosto 2019 al marzo 2020) e la dr.ssa \_\_\_\_\_ (sua psichiatra dal marzo 2020) e le cui conclusioni sono state pienamente condivise senza riserve anche dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR nel rapporto del 2 settembre 2020 (doc. AI pag. 179), è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi 2.5 e 2.6. Gli specialisti si sono espressi sulle affezioni psichiche lamentate dall'assicurata, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la sua capacità lavorativa sulla base delle indicazioni risultanti dalle due visite effettuate. I medici hanno inoltre esaminato approfonditamente l'evolversi dello stato di salute della ricorrente, prendendo in considerazione tutta la documentazione medica prodotta ed acquisita nel corso della procedura amministrativa. La valutazione clinica effettuata è risultata approfondita e non ha tralasciato alcun elemento di rilievo, avendo eseguito gli esami più appropriati e studiato la documentazione agli atti, descritto nei particolari l'anamnesi e l'esame psichico ed ha risposto alle questioni poste dall'AI, che tengono conto degli indicatori standard posti dal Tribunale federale nella sentenza 9C\_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281 (cfr. pag. 504-521 incarto AI) ed estesa con una sentenza del 30 novembre 2017 a tutte le malattie psichiche (cfr. DTF 143 V 409 e le citazioni sopra al consid. 2.6). Secondo questo Tribunale alla perizia del \_\_\_\_\_ va quindi attribuita piena forza probante. 2.8. Alle conclusioni tratte dall'amministrazione sulla base della citata perizia psichiatrica si deve aderire, ritenuto che, come verrà illustrato nel prosieguo, le stesse non sono state smentite da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alla perizia del \_\_\_\_\_ e entro la data della decisione contestata, ritenuto che per la giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino alla resa del provvedimento contestato (cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Dalle ben motivate conclusioni della perizia \_\_\_\_\_ e del SMR non è in effetti possibile scostarsi sulla base delle certificazioni prodotte dall'assicurata nel corso della procedura amministrativa e contestualmente alle osservazioni al progetto di decisione del 5 novembre 2020. Innanzitutto, con un certificato del 4 settembre 2020 la dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista in

psichiatria, ha attestato un'inabilità lavorativa del 100%, facendo valere un peggioramento delle condizioni dell'assicurata, con ricovero alla clinica \_\_\_\_\_, dal 14 agosto al 1. settembre 2020. La curante, dopo aver rievocato i trascorsi professionali e personali dell'assicurata, illustrato come alla dimissione della clinica fossero quindi stati potenziati gli aiuti infermieristici e i colloqui psichiatrici, ha concluso affermando di ipotizzare la diagnosi di " disturbo di personalità dipendente " e, quindi un'incapacità lavorativa al 100%, "con forse una parziale capacità di recupero solo dopo un'adeguata terapia e se adeguatamente sostenuta " (doc. AI pag. 207). Nel rapporto di dimissione del 1. settembre 2020 i sanitari della clinica \_\_\_\_\_, poste le diagnosi di "F33.2 Disturbo depressivo ricorrente, episodio grave senza sintomi psicotici in atto; Z63 Altri problemi connessi alla cerchia relazionale ristretta, compreso l'ambiente familiare" , dopo aver considerato che l'agito che aveva portato al ricovero era da ricondurre ad una forma reattiva ed impulsiva al momento puntuale vissuto al domicilio, hanno ritenuto che l'assicurata presentasse " delle fragilità personologiche caratterizzate da difficoltà nella modulazione delle emozioni, vissute in maniera intensa con sentimenti di vuoto, scarsa tolleranza alla frustrazione ed una propensione all'impulsività" . Alla dimissione, l'assicurata si presentava comunque migliorata, con "ripresa del tono dell'umore e dello slancio vitale, una riduzione della tensione ed una maggiore critica rispetto all'agito compiuto", e, quindi, in una "condizione di stabilità psico-fisica " (doc. AI pag. 226). Su indicazione del SMR, entrambe queste certificazioni sono state sottoposte al \_\_\_\_\_, il quale, con complemento del 28 settembre 2020, ha affermato: " (...) Egregio Dr. \_\_\_\_\_, Ho preso visione della relazione del 04.09.2020 della Dr.ssa \_\_\_\_\_ e del rapporto di dimissione dalla Clinica \_\_\_\_\_ dell'01.09.2020 ove l'assicurata è stata degente dal 14.08.2020 al 01.09.2020. L'agito che ha condotto al ricovero appare appellativo anche se va sottolineata la reazione esagerata ed impulsiva dell'assicurata alla comunicazione avuta nel colloquio peritale del 12.08.2020 (che antecede di un giorno l'agito autolesivo) di possibilità di reintegrazione professionale che ella non ritiene evidentemente di poter sostenere. Dal rapporto di dimissione si evince che all'ingresso il quadro clinico non mostra segni che inducano a sostenere una diagnosi di episodio depressivo grave in atto e lo confermano il fatto che non si sia approntata alcuna modifica della terapia farmacologica e l'HAMD, test di stato in cui il punteggio corrisponde ad un livello di depressione all'ingresso al massimo lieve (13) ed all'uscita, avvenuta dopo due settimane, assente (3). Peraltro il ricovero avviene due giorni dopo la mia seconda valutazione in cui l'assicurata aveva già reagito negativamente alle mie considerazioni ma non si apprezzava minimamente un quadro depressivo grave. Nello scritto della Dr.ssa \_\_\_\_\_ invece si evincono notizie anamnestiche in cui avrebbe messo in atto altri agiti impulsivi e in cui emergono già in passato relazioni lavorative "complesse e difficoltose". Tale dato era stato tenuto in considerazione nella valutazione peritale, visto che era stata confrontata con un'informazione presente agli atti che l'assicurata aveva omesso di affrontare in cui già nel 2010 era stata fatta una richiesta di rilevamento tempestivo dopo problemi con un collega sul lavoro. A mio avviso, il perdurare della sindrome da disadattamento appare essere sostenuta oltre che da tratti di personalità anche da problematiche famigliari (fattori non indennizzabili) che avevo già sottolineato in perizia e verso i quali l'assicurata era stata reticente. Peraltro la posizione assunta dall'assicurata, come espresso in perizia, è di tipo regressivo e per questo avevo anche sottolineato come difficilmente avrebbe accettato le mie considerazione che si fondano tuttavia anche sulla rilevazione di alcune incoerenze e dati di confronto anamnestico (indicati ai punti 4.4 e 7.3 e sui quali non ritorno). Ritengo quindi che nello scritto della

Dr.ssa \_\_\_\_\_ e nel rapporto di dimissione dalla clinica \_\_\_\_\_ non vi siano elementi che mi inducano a modificare la mia presa di posizione del 14.08.2020". (doc. AI pag. 228) Questo complemento peritale, con il quale i periti psichiatri hanno concluso che la documentazione dei curanti non apportava elementi idonei a modificare le conclusioni della perizia del 14 agosto 2020, appare ben motivato e approfondito e va condiviso, considerato anche come esso sia stato confermato anche dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR nel suo rapporto del 7 ottobre 2020, con il quale ha concluso per un'inabilità completa in ogni attività dal 1. novembre 2018 al 31 luglio 2019 così come nei periodi di ricovero presso la clinica \_\_\_\_\_ (dal 28 settembre al 6 dicembre 2019, dal 22 marzo al 20 giugno 2020, dal 14 agosto al 1 settembre 2020), ma dal 7 dicembre 2019 una ripresa dell'abilità del 40% nella professione abituale e del 90% in un'attività adeguata (fatti salvi appunto i citati periodi di inabilità lavorativa; doc. AI pag. 230). Nemmeno la documentazione prodotta in seguito dall'assicurata permette di dipartirsi da tali conclusioni. In particolare nella certificazione del 30 novembre 2020 la dott.ssa \_\_\_\_\_, confermate le diagnosi di " sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità (F33.1), disturbo di personalità dipendente, F60.7) ", ha insistito attestando un'inabilità lavorativa completa. Dopo aver rievocato i trascorsi personali, familiari e professionali dell'assicurata, così come lo sviluppo negli anni delle problematiche psichiche, fatta una descrizione dello stato attuale, ha esposto come segue la sua conclusione: " (...) Si tratta evidentemente di un caso complesso, a partire dalla diagnosi, che fin dall'inizio non è stata di semplice determinazione. Sono stati evidenti da subito elementi depressivi" anche importanti, che sono stati inquadrati dai diversi specialisti a seconda delle situazioni in Sindromi da disadattamento o episodi depressivi. I due quadri clinici si distinguono in particolare per l'entità dei sintomi e per la prognosi. Di fatto, la paziente presenta ormai da anni un quadro grave, invalidante e che non si risolve, andando incontro a brevi periodi di miglioramento soltanto durante i ricoveri e poi progressivamente peggiorando nel tempo. Inoltre, le due condizioni cliniche si distinguono per la relazione con un evento scatenante; nel caso della paziente, l'esordio è evidentemente collegato alla problematica lavorativa ma conoscendo meglio la sua storia si intravede un disagio con radici più profonde. Non da ultimo, in questi anni la paziente ha ricevuto indubbiamente cure più che adeguate a cui ha partecipato con motivazione e buona aderenza, tra cui tre ricoveri in regime stazionario, cure con le quali una sindrome da disadattamento avrebbe dovuto andare incontro a guarigione. Rispetto alla possibilità che questo non sia avvenuto perché la paziente ha mantenuto una posizione troppo regressiva, anche questo mi sembra poco probabile, visto che è stata fin da subito, sia dai curanti che dall'istituzione, spinta e sostenuta nell'obiettivo di rimettersi in gioco e lei stessa mostrava, come emerge dai diversi rapporti presenti negli atti, una volontà in tal senso. Evidentemente se non è riuscita ed è anzi è andata incontro ad un progressivo ed ulteriore peggioramento, dobbiamo pensare che alla base fosse una psicopatologia più grave ed in particolare una sindrome depressiva che va ad instaurarsi su una fragilità ancora maggiore, derivante da un disturbo di personalità, in particolare un disturbo di personalità dipendente. Questo emerge da diversi aspetti, sia nella storia della paziente, sia nella modalità relazionale, sia dalle informazioni cliniche, sia dalla testistica effettuata nel 2019. Il decorso dei sintomi depressivi all'interno di un disturbo di personalità è sempre molto lungo e viene influenzato inevitabilmente da diversi fattori. Il disturbo di personalità stesso, poi, determina una fragilità che la paziente è evidentemente riuscita negli anni almeno in parte a compensare con meccanismi che ad oggi non sono più attivabili e che andranno ristabiliti con un'adeguata terapia (farmacologica e psicoterapeutica) che dovrà essere

verosimilmente protratta nel tempo. Ritengo che l'unione dei due disturbi determini un'incapacità lavorativa totale in qualunque attività lavorativa a medio-lungo termine. Non escludo che, dopo un periodo congruo (anni) di terapia adeguata, la paziente, se adeguatamente sostenuta, possa recuperare almeno in parte una certa capacità lavorativa. Questo avrebbe evidentemente anche una valenza terapeutica, ma va pensato e programmato quando la paziente avrà raggiunto un migliore equilibrio clinico. Attualmente invece non solo la paziente è incapace di lavorare e profondamente sofferente, ma insistere ulteriormente in questo momento nello stimolarla in tal senso può a mio avviso determinare un ulteriore danno alla salute e pregiudicare in modo negativo la prognosi." (doc. AI pag. 256) Il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, esaminata questa certificazione, pur ritenendo che la stessa " non sembra apportare nuove informazioni a quanto presentato in sede di osservazioni al \_\_\_\_\_ (n.b: recte \_\_\_\_\_) (complemento a perizia del 06.10.2020 )", ha nondimeno ritenuto necessario (" per una più precisa valutazione o per indicazione ad ulteriore procedere ") sottoporla al collega psichiatra del SMR dr. \_\_\_\_\_, il quale, dopo averla trasmessa per valutazione al \_\_\_\_\_, ha confermato le conclusioni del collega del SMR in data 8 gennaio 2021 (doc. AI pag. 263 e 266). Dal canto suo il \_\_\_\_\_, e per esso lo psichiatra dr. \_\_\_\_\_, in un ulteriore complemento del 17 dicembre 2020, ha affermato: " (...) Ho preso visione dell'articolata relazione della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 30.11.2020. Come avevo già sottolineato nel mio precedente complemento del 28.09.2020 l'agito che ha condotto al ricovero dell'assicurata era di tipo appellativo e non emergevano nel rapporto di dimissione dalla clinica \_\_\_\_\_ segni deponenti per uno stato depressivo. Per questo non riesco a Spiegarmi, se non con una regressione anche consequenziale al mancato riconoscimento del malessere soggettivamente percepito, un peggioramento successivo tale da rendere necessario un intervento massiccio (infermiera e assistente sociale) in un'assicurata che non mostrava alla valutazione deficit severi in termini di competenze e di organizzazione di compiti. Il fatto che l'anamnesi sia lacunosa rispetto ad alcune informazioni successivamente date dall'assicurata alla curante è possibile anche se le stesse, essendo relative al passato non recente potrebbero giocare un ruolo nel favorire il permanere di una sindrome da disadattamento anche se il loro impatto sul funzionamento lavorativo presente non era stato evidentemente presente ed anche se la carriera lavorativa è particolare, i risultati raggiunti e con essi le posizioni consequenziali sono stati buoni. Inoltre il fatto che vi siano state discontinuità non è di per sé indicativo di ricorrenze depressive tanto più che rassicurata ha inizialmente omesso, ed affrontato solo su sollecitazione del perito una precedente richiesta di intervento tempestivo del 2010 in cui si era creata una situazione di disagio sul lavoro simile all'ultima. Il fatto che nei ricoveri siano state poste differenti diagnosi tra cui anche quella da me posta è stato già discusso in perizia e le motivazioni che mi hanno condotto a concludere per un disturbo dell'adattamento sono state espone nella discussione. Nonostante il quadro clinico descritto dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_, che non fa riferimento a peggioramenti ma ad una valutazione sulla base di elementi anamnestici e di obiettività che non data come posteriori alla valutazione peritale, io non posso da parte mia che confermare quanto osservato e descritto nella valutazione peritale. Non trovo quindi elementi che mi facciano modificare non solo la diagnosi ma anche il livello di disfunzionamento e la presenza di risorse residue che ho apprezzato in perizia e sulle quali evidentemente la curante ha un differente giudizio." (doc. AI pag. 265) A queste conclusioni, che hanno quindi portato alla resa della decisione qui contestata, questo Tribunale deve aderire senza riserve, dovendosi concludere che dalle certificazioni della curante non emergeva alcun

elemento nuovo o significativo che potesse in qualche modo far sembrare incompleta o non corretta la perizia del \_\_\_\_\_ del 14 agosto 2020. Le allegazioni del \_\_\_\_\_ nei due complementi del 28 settembre e 17 dicembre 2020, ben motivate ed espresse dagli specialisti che avevano già accuratamente valutato l'assicurata nell'ambito della perizia psichiatrica, che hanno preso attenta posizione sulle affermazioni dei curanti, e sono state integralmente condivise anche dal SMR (cfr. rapporti del SMR del 7 ottobre 2020, 17 dicembre 2020, 8 gennaio 2021, doc. AI pag. 230, 265 e 266), appaiono convincenti e meritano di essere confermate senza riserve. Dalle stesse non emergono in effetti diagnosi o problematiche che non siano già state approfonditamente valutate dal \_\_\_\_\_, e nemmeno elementi che permettano in qualche modo di far apparire le conclusioni del \_\_\_\_\_ errate o necessitanti di ulteriore approfondimento. Né del resto la ricorrente produce in questa sede nuova documentazione che attesti una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione in ambito \_\_\_\_\_ e del SMR, intervenuta entro il momento decisivo della resa della decisione contestata (DTF 132 V 220), né ha fornito elementi che consentano in qualche modo di considerarne inattendibili le conclusioni. In questa sede ella ha in effetti prodotto innanzitutto una certificazione della dr.ssa \_\_\_\_\_ del 21 aprile 2021 con la quale la psichiatra curante ha ribadito che a suo avviso l'assicurata presentava una sintomatologia grave ed invalidante, con inabilità lavorativa completa, riferendo di un nuovo ricovero il 18 marzo 2021 "in seguito ad un grave agito autolesivo". Ha quindi precisato che "negli ultimi mesi lo stato di salute non è andato incontro a nessun miglioramento, di conseguenza se la paziente è stata ritenuta come è giusto inabile al 100% fino al settembre 2020, non è chiaro su che base possa aver recuperato una capacità lavorativa del 90% non essendovi stato alcun miglioramento evidente nello stato di salute, ma anzi un peggioramento, come certificato dai miei rapporti e dal rapporto della clinica" (doc. A). Ha inoltre prodotto uno scritto 2 aprile 2021 della dr.ssa \_\_\_\_\_ della Clinica \_\_\_\_\_, la quale ha attestato l'avvenuto ricovero della paziente dal 18 marzo 2021 "a seguito di uno scompenso acuto della patologia di base. Tendo conto di quanto oggettivato, riteniamo che vi sia in atto un aggravamento del quadro clinico, a nostro parere non compatibile con una ripresa della capacità lavorativa" (doc. B). Tali certificazioni sono state nuovamente sottoposte per valutazione al dr. \_\_\_\_\_, psichiatra del SMR, il quale, nella sua Annotazione del 26 maggio 2021, ha riferito che "1 a psichiatra curante presenta lo stesso apprezzamento già noto dai precedenti rapporti del 30.11.2020, visionato sia dal SMR sia dal perito Dr. \_\_\_\_\_ con relative prese di posizione del 17.12.2020 e 08.01.2020; 04.09.2020, anch'esso ampiamente analizzato; 28.07.2020 noto al momento della perizia del Dr. \_\_\_\_\_ restituita il 14.08.2020", ragione per cui quanto affermato dalla curante non permetteva di modificare le conclusioni tratte prima della resa del provvedimento contestato (doc. XII/1). Questa conclusione, basata su un approfondito esame del caso e che tiene giustamente conto del valore probante della perizia psichiatrica allestita dal \_\_\_\_\_, va confermata. Non permette diversa conclusione nemmeno l'ulteriore certificato medico 31 agosto 2021, con il quale la psichiatra curante afferma: "(...) mi permetto di inviarvi le mie osservazioni in merito al caso della paziente in oggetto ed in particolare rispetto alla presa di posizione dell'Ufficio AI da voi comunicata all'assicurata. Nella sua annotazione, il Dott. med. \_\_\_\_\_ si limita a dire che il mio certificato riporterebbe gli apprezzamenti già noti, ma non chiarisce su che base ritiene più giustificata la posizione del collega Dott. \_\_\_\_\_ rispetto alla mia. Io e il collega esprimiamo pareri diversi sia in termini diagnostici che in termini di capacità lavorativa, su che base il collega Dott. med. \_\_\_\_\_ ritiene che la posizione

del Dott. med. \_\_\_\_\_ sia più corretta di quella da me proposta? Inoltre, il collega scrive che l'agito autolesivo di cui io parlo nell'ultimo rapporto sarebbe a suo parere indicativo di un peggioramento, ma faccio presente che un agito autolesivo è già avvenuto in passato, ad agosto 2020, eppure in quel caso era stato considerato dal collega come un gesto appellativo e con scarso significato clinico. Non è chiara quindi a mio avviso la correlazione tra gravità del quadro clinico, agiti autolesivi e incapacità lavorativa nell'interpretazione del collega. Dal mio punto di vista gli agiti autolesivi sono parte di un quadro clinico complesso con caratteristiche di cronicità che giustificano un'inabilità a lungo termine come già ampiamente descritto. (...)” (doc. XV) In merito si esprime nuovamente il dr. \_\_\_\_\_ del SMR nell'Annotazione del 13 settembre 2021 come segue: " (...) Ho preso visione del certificato della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 31.08.2021. La collega sostiene che io abbia dato maggiore valore alla perizia del Dr. \_\_\_\_\_ rispetto alla sua presa di posizione. Io mi sono limitato a confermare il valore probante della perizia psichiatrica allestita dal Dr. \_\_\_\_\_, in assenza di fatti nuovi rispettivamente modificazioni significative di fatti noti al momento della decisione contestata, come nei fatti conferma la stessa Dr.ssa \_\_\_\_\_. In data 18.03.2021, l'assicurata è stata ricoverata in Clinica \_\_\_\_\_ per uno scompenso acuto: si tratta senza dubbio di un fatto nuovo significativo e grave che giustifica un peggioramento da quella data. Facevo riferimento allo scritto della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 02.04.2021 mentre di transenna citavo il certificato della Dr.ssa \_\_\_\_\_ con la nozione di agito autolesivo. Ora, la Dr.ssa \_\_\_\_\_ scrive che gli agiti autolesivi sono parte di un quadro clinico complesso con caratteristiche di cronicità che giustificano un'inabilità a lungo termine, esprimendo un apprezzamento proprio del curante diverso da quanto esposto dal perito Dr. \_\_\_\_\_, che, nella sua posizione di perito neutrale, aveva diversamente valutato la situazione. In conclusione, la Dr.ssa \_\_\_\_\_ non riporta fatti nuovi né modificazioni significative di fatti noti rispetto alla precedente presa di posizione SMR del 26.05.2021.” (doc. XVII/1) A tali conclusioni, tratte dal medico SMR, specialista in psichiatria, che aveva valutato anche le precedenti certificazioni e dopo attento esame degli atti, questo Tribunale deve aderire. In effetti, la curante si limita sostanzialmente a ribadire la contestazione della valutazione medica, esprimendo tuttavia essenzialmente un dissenso puramente soggettivo, giacché non suffragato da argomentazioni che possano in qualche modo permettere di distanziarsi dalle conclusioni del \_\_\_\_\_ e del SMR. In sostanza, la ricorrente non ha quindi apportato alcun elemento atto a quantomeno mettere in dubbio le conclusioni dell'Ufficio AI basate sulle approfondite valutazioni e conclusioni espresse dal \_\_\_\_\_ nella perizia e nei complementi peritali, e non ha addotto elementi nuovi che permettano di considerare quantomeno ipotizzabile una modifica della situazione rispetto alla valutazione del \_\_\_\_\_ e del SMR intervenuta entro la decisione contestata del 26 marzo 2021 (la quale, come detto, delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1; cfr. nondimeno al consid. 2.11) o un diverso apprezzamento della capacità lavorativa. Ribadite altresì le considerazioni generali che si impongono sul tema dell'attendibilità delle certificazioni dei medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STF U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.6; sia pure evidenziato che il TF, nella STF 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017, ha rilevato che "(...) il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti). Al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno

con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo. (...)” (STF 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017, consid. 4.2) ) le uniche certificazioni prodotte dalla ricorrente, segnatamente quelle della dr.ssa \_\_\_\_\_ e della dr.ssa \_\_\_\_\_, non consentono in alcun modo di dipartirsi dalle conclusioni del \_\_\_\_\_ e del SMR che si sono espressi in modo coerente e privo di contraddizioni. All’assicurata va del resto 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). Così stanti le cose, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurata sino alla resa del querelato provvedimento, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti ( valutazione anticipata delle prove, fra le tante cf r. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 e riferimenti; anche DTF 135 V 465 ). Pertanto, visto quanto sopra, ritenuta la perizia psichiatrica del \_\_\_\_\_ del 14 agosto 2020 - la quale rispecchia tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.5. e 2.6) e alla quale va quindi attribuita piena forza probante -, e i complementi del 28 settembre 2020 e 17 dicembre 2020 e in particolare gli affidabili pareri del medico SMR (cfr. in particolare i vari rapporti del 2 settembre, 7 ottobre, 15 dicembre 2020, 8 gennaio 2021 e 13 settembre 2021; sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. STF I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.5) e non essendo provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa, intervenuto prima della decisione contestata del 26 marzo 2021 (la quale delimita, come detto, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che l’assicurata vada considerata inabile completamente in ogni attività dal 1. novembre 2018 al 31 luglio 2019 così come nei periodi di ricovero alla clinica \_\_\_\_\_ (dal 28 settembre al 6 dicembre 2019, dal 22 marzo al 20 giugno 2020, dal 14 agosto al 1. settembre 2020), ma dal 7 dicembre 2019 abile nella misura del 40% nella sua professione abituale e del 90% in un’attività adeguata (sempre fatti salvi appunto i citati periodi di inabilità lavorativa; doc. AI pag. 230). Le conclusioni in merito alla capacità lavorativa della decisione contestata vanno quindi confermate. 2.9. Per quel che concerne l’aspetto economico, rimasto incontestato, per determinare il grado di invalidità l’Ufficio AI ha proceduto al raffronto dei redditi, mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3), procedendo al relativo calcolo per quanto riguarda il periodo dal mese di dicembre 2019 (ossia alla scadenza dell’anno di attesa), momento in cui l’assicurata risultava abile al lavoro nella misura del 40% nella professione abituale e del 90% in attività confacenti. Il calcolo è stato esposto nella decisione impugnata come segue: " (...) Per valutare il grado d'invalidità non bisogna attenersi unicamente all'incapacità di lavoro medico-teorica. Determinante è piuttosto la ripercussione economica del danno alla salute. Procediamo

pertanto a calcolare la perdita di guadagno causata dal danno alla salute. A partire dal 07.12.2019 e continua Reddito da valida Per stabilire il reddito che lei avrebbe potuto conseguire in assenza del danno alla salute, ci riferiamo ai dati economici trasmessi dall'ex datore di lavoro (\_\_\_\_\_). Tale salario annuo ammonterebbe a CHF 65'000.00 (per l'anno 2018). Sulla base della valutazione medica quantifichiamo il reddito da invalido esigibile, basato sulle attività adeguate all'attuale stato di salute e calcolato secondo i redditi espressi dall'ufficio federale di statistica Reddito da invalida In attività abituale :

Considerata una capacità lavorativa residua del 40% lei potrebbe conseguire un reddito pari a CHF 26'000 in attività abituale ( $65'000/100 \times 40=26'000.00$ ) Reddito da invalida In attività adeguate: La giurisprudenza imposta dal Tribunale federale indica che sono esclusivamente applicabili i dati salariali nazionali della tabella TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica (STFA 12 ottobre 2006 nella causa S., U 75/03, e del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Inoltre tali redditi possono subire una riduzione massima del 25%. Ciò al fine di considerare quei fattori suscettibili di influenzare il guadagno che assicurato potrebbe percepire. Ad esempio: le limitazioni addebitabili al danno alla salute, l'età, la nazionalità, il grado di occupazione (cf. DTF 126 V 75). Utilizzando i dati della citata tabella, lei potrebbe conseguire uno stipendio annuo di CHF 67'148.20 (attività semplici e ripetitive, valore mediano). Partendo dal summenzionato reddito, diminuiamo del 10 % riguardo all'incapacità lavorativa; risulta un reddito di CHF 54'884.00. Per calcolare il grado d'invalidità prendiamo a riferimento il reddito da invalida in cui lei può realizzare il minor discapito economico, nel caso concreto in attività adeguate. Di seguito esponiamo il calcolo per determinare la perdita di guadagno:

Confronto dei redditi: Reddito da valida	CHF
65'000.00 Reddito da invalida	CHF 54'884.00
Perdita di guadagno	CHF 10'116.00

Grado d'invalidità 16% Essendo il grado di invalidità inferiore al 40 %, il diritto a rendita cessa di sussistere (art. 28 LAI). I periodi di completa incapacità lavorativa dal 22.03.2020 al 20.06.2020 e dal 14.08.2020 al 01.09.2020 non vengono presi in considerazione in quanto il cambiamento dello stato di salute è perdurato meno di tre mesi completi (art. 88a OAI).

(...)" (doc. C) Tale calcolo, che applica la giurisprudenza del Tribunale federale in materia di confronto dei redditi (cfr. la giurisprudenza, riassunta nella STF 9C\_501/2013 del 28 novembre 2013), e per quanto riguarda i salari applicati ha fatto correttamente capo ai dati salariali statistici ufficiali dichiarati applicabili dal Tribunale federale (riguardo all'applicabilità dei dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari, e meglio i dati salariali forniti dalla la RSS TA1-tirage skill level Svizzera, emanata dall'Ufficio federale di statistica di Berna, cfr. DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7; DTF 128 V 174; a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.), così come il conseguente grado di invalidità determinato dall'amministrazione nel 16%, vanno pertanto confermati. 2.10. Considerati quindi gli accertati gradi di inabilità lavorativa, nell'attività abituale quale impiegata d'ufficio del 60% e in attività adeguate del 10%, nel periodo dal mese di dicembre 2019 (alla scadenza dell'anno di attesa), e il conseguente grado di invalidità del 16%, a ragione l'amministrazione le ha attribuito il diritto alla rendita intera dal 1. novembre 2019, alla scadenza dell'anno d'attesa (giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI), con grado AI del 94% (secondo il calcolo della media retrospettiva), sino al 31 marzo 2020, ossia trascorsi 3 mesi dal miglioramento dello stato di salute situabile al dicembre 2019 con un conseguente grado

di invalidità insufficiente per il riconoscimento di prestazioni (art. 88a cpv.1 OAI; cfr. al consid. 2.4). Ricordato come secondo l'art. 8 cpv. 1 LAI gli assicurati invalidi o direttamente minacciati d'invalidità hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto essi siano necessari e idonei a ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere mansioni consuete (lett. a) e le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute (lett. b) e come la soglia minima di diminuzione della capacità di guadagno conferente diritto a provvedimenti di riforma professionale è del 20% (DTF 130 V 489 consid. 4.2; 124 V 110 consid. 2b), in concreto, essendo il grado di invalidità della ricorrente inferiore alla soglia del 20%, a ragione con la decisione censurata l'Ufficio AI non le ha concesso provvedimenti di integrazione professionale. 2.11. Dalla documentazione prodotta con il ricorso si evince nondimeno che l'assicurata è stata nuovamente ricoverata in Clinica \_\_\_\_\_ dal 18 marzo al 6 aprile 2021, come descritto dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nella certificazione del 2 aprile 2021, "a causa di uno scompenso acuto della patologia di base" (doc. B). Anche la dr.ssa \_\_\_\_\_, nella certificazione del 21 aprile 2021, riferisce di un peggioramento con il ricovero "in seguito ad un grave agito autolesivo" (doc. A). Come indicato dall'Ufficio AI nella risposta di causa, sulla base dell'annotazione del 26 maggio 2021 del dr. \_\_\_\_\_, psichiatra del SMR (doc. XII/1), dalle nuove certificazioni, che appunto riferiscono del nuovo ricovero avvenuto alla clinica \_\_\_\_\_, appare verosimile un peggioramento, possibilmente anche grave, avvenuto in marzo 2021 ("la dr.ssa \_\_\_\_\_ riferisce di un agito autolesivo"; doc. B; cfr. anche l'Annotazione del SMR del 13 settembre 2021, doc. XVII/1). Ora, come ricordato al consid. 2.4, per l'art. 88a cpv. 1 OAI, se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione 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 presumibilmente continuerà a durare (cfr. art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Ora, mentre che, come visto, per il periodo precedente la resa della decisione contestata la valutazione medica dell'amministrazione è stata confermata dallo psichiatra del SMR anche alla luce della nuova documentazione prodotta col ricorso, appare verosimile un peggioramento intervenuto nel marzo 2021 (ricovero dal 18 marzo). Al momento dell'emanazione della decisione impugnata del 26 marzo 2021 non erano quindi ancora trascorsi 3 mesi dal peggioramento. Visto anche quanto proposto dall'Ufficio AI nella risposta di causa, si rende quindi necessario trasmettere le certificazioni prodotte con il gravame all'amministrazione affinché le esamini alla stregua di una nuova domanda di prestazioni e, dopo aver esperito i necessari accertamenti, renda quindi una nuova decisione sul diritto alle prestazioni per il periodo successivo alla data della decisione querelata. 2.12. Ne consegue che la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGa in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGa nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 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 e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria

(come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente. 2.13. L'assicurata nel suo gravame ha formulato istanza d'assistenza giudiziaria. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. art. 61 lett. f LPGa, art. 28 cpv. 2 Lptca; DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella presente fattispecie non è soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, nel caso in esame, sulla base degli atti all'inserto le prospettive di esito favorevole apparivano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, dal tenore della decisione apparivano chiari i motivi per i quali l'amministrazione ha concesso la rendita solo per un periodo limitato e nel suo ricorso l'assicurata non ha in sostanza fatto altro che rimandare alla documentazione medica prodotta, la quale, come esposto, non era manifestamente idonea, come dianzi esposto, a mettere in dubbio la valutazione medica operata dal \_\_\_\_\_ e dal SMR e posta a fondamento del provvedimento contestato. In simili condizioni, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va respinta.

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