

TI_GERICHTE 32.2023.114 vom 22. September 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-09-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.114

FR: TI_GERICHTE 32.2023.114 du 22 septembre 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.114 del 22 settembre 2023

Regeste

Rendita AI salariata/casalinga. Perizia psichiatrica più volte contestata dalla curante è stata confermata in 3 complementi peritali, che hanno dettagliatamente e approfonditamente vagliato lo stato di salute. Stante l'obbligo di ridurre il danno, è esigibile l'aiuto della sorella nelle faccende di casa

Erwägungen

E. 31

dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; - in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022." Secondo le citate Circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita l'asserita invalidità e l'eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2022. Per contro, se l'eventuale diritto ad una rendita è nato il 1° gennaio 2022, o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. In concreto, l'assicurata ha presentato la domanda di prestazioni il 10 luglio 2021 (cfr. consid. 1.1) e l'invalidità (teorica), giusta l'art. 28 LAI, è insorta il 12 agosto 2021, ossia un anno dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa accertata dal medico SMR (cfr. consid. 1.2). Pertanto, considerato che il diritto a una rendita sorge al più presto sei mesi dopo la rivendicazione del diritto alle prestazioni, e meglio, qui, il 1° febbraio 2022 (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI) (cfr. Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), n. 2027 con esempio; cfr. anche Valterio, Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n. 1, 3 e 4 ad art. 29 LAI), ne consegue che, sulla scorta delle citate circolari, in specie è applicabile il diritto in vigore dal 1° gennaio 2022. 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPG, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità sono dunque un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA 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 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui agli artt. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA 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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. 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) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). 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 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b; Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213). Secondo 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 (DTF 129 V 222).

2.4. Nel caso in cui, invece, l'interessato svolgeva, prima di essere invalido (o comunque avrebbe svolto in assenza dei fattori invalidanti), soltanto a tempo parziale un'attività lucrativa, torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI, che prevede che il grado di invalidità per questa attività è valutato secondo l'articolo 16 LPGA. Se svolge anche le mansioni consuete, il grado di invalidità per questa attività è valutato secondo il capoverso 2 e quindi occorre determinare la parte dell'attività lucrativa e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado di invalidità nei due ambiti. Questo metodo di graduazione dell'invalidità è detto "metodo misto". L'art. 27 cpv. 1 OAI prevede che per mansioni consuete secondo l'art. 7 cpv. 2 LAI di assicurati occupati nell'economia domestica si intendono gli usuali lavori

domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari. Secondo l'art. 27bis cpv. 1 OAI, per valutare il grado d'invalidità degli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale si sommano i seguenti gradi d'invalidità: a. il grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa; b. il grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete. L'art. 27bis cpv. 2 OAI dispone che per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa: a. il reddito senza invalidità è calcolato sulla base di un'attività lucrativa corrispondente a un grado d'occupazione del 100 per cento; b. il reddito con invalidità è calcolato sulla base di un'attività lucrativa corrispondente a un grado d'occupazione del 100 per cento e adeguato alla capacità funzionale determinante; c. la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido. Per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete, per l'art. 27bis cpv. 3 OAI: a. viene determinata la quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete rispetto alla situazione senza invalidità; b. la quota di cui alla lettera a viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione di cui al capoverso 2 lettera c e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno. Secondo le spiegazioni pubblicate dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali alla Modifica dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI) – Valutazione dell'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale (metodo misto), per stabilire se un'attività nell'ambito delle mansioni consuete possa essere equiparata a un'attività lucrativa, è determinante il criterio dei terzi e quindi bisogna chiedersi se, in caso di impossibilità dell'assicurato di svolgerle da sé, si tratti di un'attività che può essere tipicamente eseguita da terzi (persone o ditte) dietro pagamento (DTF 130 V 360 consid. 3.3.2). È per esempio il caso di lavori domestici necessari come la pianificazione e l'organizzazione della conduzione dell'economia domestica, la preparazione dei pasti (inclusa la pulizia della cucina), la pulizia dell'abitazione, gli acquisti e le altre mansioni nonché il bucato e la manutenzione dei vestiti. Se non possono essere ripartite tra gli altri familiari nel quadro dell'obbligo di ridurre il danno, infatti, queste attività dovranno essere affidate a servizi esterni a pagamento (persone di servizio). Oltre ai citati classici lavori domestici, va considerata anche la cura e l'assistenza ai familiari (art. 27 cpv. 1 OAI); rilevante è però che essi vivano nella stessa economia domestica dell'assicurato. Va ancora osservato che sia per i lavori domestici che per la cura e l'assistenza ai familiari, non si tiene però conto delle attività che vengono già svolte da terzi. Sono infatti prese in considerazione esclusivamente le attività che vengono affidate a terzi a proprie spese solo dopo l'insorgere del danno alla salute. Se, per contro, l'assicurato ricorreva a prestazioni di terzi a proprie spese già prima dell'insorgere del danno alla salute, allora per queste attività non v'è una limitazione di cui tenere conto, dato che continuano a essere svolte da terzi come prima. Ritenuto come la modifica riguardante le mansioni consuete nell'economia domestica ha dunque lo scopo di porre l'accento sulle attività fondamentali di ogni economia domestica, le attività volontarie svolte al di fuori dell'economia domestica – le attività artistiche e di pubblica utilità vanno qualificate quali attività puramente ricreative, se non possono essere eseguite da terzi dietro pagamento - non rientrano tra le attività equiparate a un'attività lucrativa e quindi da considerare come mansioni consuete (DTF 125 V 157 consid. 5c/bb). 2.5. A seguito della domanda di prestazioni dell'assicurata del luglio 2021, l'Ufficio AI ha raccolto gli atti medici determinanti richiamandoli dall'assicuratore malattia per perdita di guadagno, che si era assunto le conseguenze dell'inabilità lavorativa accertata dal 12 agosto 2020, e dai curanti della richiedente. In particolare, dai referti raccolti emerge che dal 4 giugno 2020

l'interessata era in cura dalla dr.ssa med. _____, psichiatra e psicoterapeuta FMH, per depressione, ansia, disturbo ansioso parossistico, stanchezza, insonnia, disturbo di personalità di tipo ansioso e dipendente, e ancora dopo un anno (doc. 23) lo stato psichico era sofferente. Essa beneficiava di psicoterapia settimanale e di controlli psichiatrici e farmacologici una volta al mese. L'inabilità lavorativa era sempre del 100%. Il 14 ottobre 2022 (doc. 75) il Servizio Medico Regionale (dr. _____) ha richiesto l'allestimento di una perizia psichiatrica e nel mentre è emerso che dal 25 febbraio al 5 maggio 2022 (doc. 83) l'assicurata è stata ricoverata presso la Clinica _____ di _____. Il dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia attivo presso il _____, ha svolto due colloqui con l'assicurata: il primo il 6 dicembre 2022 (durato dalle 9 e 20 alle 11 e 20) e il secondo il 14 dicembre 2022 (20 minuti), per una durata totale di due ore e venti minuti. Nel rapporto peritale del 15 dicembre 2022 (doc. 84) l'esperto ha riassunto gli atti messi a sua disposizione considerati ai fini della sua valutazione, l'anamnesi (familiare, socio-relazionale, lavorativa, somatica, psicopatologica pregressa e i disturbi attuali), la descrizione della giornata, i sintomi soggettivi e il trattamento psichiatrico in essere. Il perito ha poi esposto l'esito dell'esame clinico secondo AMDP-System, rilevando, in particolare, che l'assicurata era lucida e orientata, non sono emersi disturbi della forma del pensiero, presentava un calo dell'autostima, idee di inadeguatezza e infuturazione negativa, non presentava idee ipocondriache, l'umore appariva deflesso, erano presenti sentimenti di inutilità, tendeva a trascurare il proprio aspetto di cui non si interessava, ma nello stesso tempo temeva il giudizio altrui, per cui avrebbe degli evitamenti agorafobici ancora notevoli. Non andrebbe nei negozi, avrebbe provato, ma l'ansia apparirebbe subito. Queste crisi ansiose si presenterebbero anche più volte al giorno, non sempre necessitanti di una terapia al bisogno. Non sono mai state presenti ideazioni autolesive o suicidarie, tendenzialmente apatica e abulica, l'appetito era ridotto; le manifestazioni ansiose erano plurime, caratterizzate da nausea, fame d'aria, tachicardia, senso di oppressione retrosternale. Al secondo colloquio l'interessata è stata sottoposta al Trail Making Test (TMT) e al test di memoria con interferenza, che valuta la memoria di lavoro, ottenendo in entrambi i casi punteggi sempre nella norma. Nella discussione diagnostica lo psichiatra ha rilevato che prima del licenziamento (aprile 2020), che ha scatenato una reazione da disadattamento, già quando è andata a vivere da sola allontanandosi dal marito nel 2017, e dal 2019 quando ha iniziato ad abusare di superalcolici, sembrava una modalità di gestione di malessere e delusione relativa alla decisione di chiusura della relazione. Il lavoro era stato la sua ancora di salvezza e l'inaspettato licenziamento in piena pandemia ha generato una reazione emotiva importante con incremento dell'abuso alcolico. Presa in carico dal giugno 2020 dalla dr.ssa _____, il quadro è evidentemente peggiorato se da gennaio 2021 è stata dichiarata inabile al 100%, anche se nel corso del 2021 il potus è andato a interrompersi e questo dimostrava comunque una conservata volitività dell'assicurata, aiutata e monitorata anche dalle sorelle. Nel novembre 2021 il dr. _____ l'ha ritenuta abile al 50% da gennaio 2022 e da settembre a dicembre 2021 l'assicurata ha frequentato un corso di informatica. Tutto ciò, d'avviso del dr. _____, era un altro elemento che deponesse per un quadro depressivo che non portava a una perdita completa della capacità lavorativa né alla posizione rinunciataria rispetto a eventuali reinserimenti negativi. Tuttavia, secondo la psichiatra curante il quadro sarebbe peggiorato da gennaio 2022, che ha condotto a un ricovero alla Clinica _____ di due mesi in cui è stata confermata la diagnosi di episodio depressivo di media gravità. Non si faceva cenno né all'ansia né al disturbo di personalità e alla dimissione veniva riportato un buon compenso psichico, gli

stati d'ansia si erano risolti, il tono dell'umore era migliorato, la progettualità futura appariva buona e anche il livello di autostima era risalito. L'assicurata ha riconosciuto il miglioramento e che non è più tornata al momento peggiore del gennaio 2022, ma ha continuato a presentare, anche a quel momento, un umore deflesso per lo più influenzato dalle circostanze esterne, mentre la quota anedonica era meno rappresentata, la motivazione e l'energia erano ridotte. Erano presenti anche calo dell'autostima e sono state presenti modifiche dell'appetito con variazioni ponderali. Il sonno appariva ancora disturbato nel mantenimento e, dati in totali 5 sintomi, l'episodio è stato definito di grado lieve medio. L'assicurata portava come principali sintomi le crisi d'ansia subentranti che si sarebbero sviluppate in concomitanza con l'episodio depressivo. Il perito ha però rilevato che queste crisi si sono presentate anche durante la valutazione peritale ed erano apparse brevi sebbene numerose, gestibili con la distrazione ed erano caratterizzate dalla presenza soltanto di senso di oppressione toracica, lieve iperventilazione e senso di nausea. Non erano quindi veri e propri attacchi di panico. Sembrava invece essersi sviluppato un quadro agorafobico che appariva maggiormente limitante il funzionamento dell'assicurata: aveva una gran paura di entrare nei negozi perché si sentiva gli occhi addosso, per cui prendevano avvio le crisi di ansia, per l'imbarazzo delle quali era in difficoltà. Pertanto, a suo avviso era diagnosticabile soltanto un episodio depressivo di grado lieve medio con ansia e agorafobia. Quanto al disturbo della personalità, per il perito v'erano tratti dipendenti, che possono avere contribuito sia al malessere antecedente il 2020 sia all'automedicazione attraverso il potus, sia alla mancata remissione clinica dell'episodio depressivo insorto dopo il licenziamento e vissuto come evento particolarmente negativo ed a forte impatto sulla sua autostima. Le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa erano dunque di agorafobia (F40.0), episodio depressivo di grado lieve medio con ansia (F32.1) e di pregresso abuso alcolico (F10.1). Nella valutazione psichiatrica, il dr. _____ ha evidenziato che l'abuso alcolico a scopo automedicativo ha avuto un influsso parziale e temporaneo sul funzionamento dell'assicurata ed era ormai in remissione completa almeno dal luglio 2021. Il licenziamento ha comportato un disadattamento con basso impatto sulla capacità lavorativa fino ad agosto 2020, poi da gennaio 2021 è evoluto in un episodio depressivo di grado medio che non si è mai risolto, ha avuto un decorso minimamente fluttuante, con un lieve miglioramento verso la fine del 2021, ma un nuovo peggioramento a inizio 2022 che ha comportato un ricovero ospedaliero di due mesi, dopo il quale si è assestato sui livelli attuali. A causa di tale episodio depressivo, l'assicurata ha presentato periodi con grado di disabilità differente certificati dalla curante e confermati dal dr. _____ nella perizia del novembre 2021 per conto dell'assicuratore malattia. Dalla dimissione dalla clinica il quadro appariva stabilizzato sui livelli attuali e l'incremento di ansia che l'assicurata affermava di avere vissuto per la valutazione peritale è stata oggettivata come gestibile durante la perizia ed egli ne ha tenuto conto nella stima della capacità lavorativa residua. Al domicilio la disfunzionalità aveva inevitabilmente un impatto minore, anche se negli acquisti era limitata a causa della componente agorafobica e per l'anergia depressiva la sua attività al domicilio era deficitaria, anche se, se visse da sola, come ha fatto fino a luglio 2021 quando era già certificata un'inabilità lavorativa del 100%, riuscirebbe a gestirsi autonomamente. Lo psichiatra riteneva che il trattamento specialistico condotto dalle curanti fosse adeguato e ha osservato che anche se la presenza di ansia è un fattore prognostico negativo, non erano presenti elementi quali sintomi cognitivi o residui che deponevano per un'avvenuta cronicizzazione del quadro. A suo dire, quindi, dei tentativi di esposizione graduale all'esterno per affrontare l'agorafobia e un approccio cognitivo

comportamentale avrebbero potuto condurre nei prossimi 12 mesi a un miglioramento, dopo il quale avrebbero potuto essere indicate misure di reinserimento peraltro già avviate nel 2021. Era pertanto indicato un riesame del caso al massimo tra 12 mesi. Il perito ha poi valutato le capacità e i problemi dell'assicurata descrivendo le risorse e i deficit secondo lo schema MINI ICF - APP, rilevando dei gradi di disabilità lievi (nelle competenze e nella cura di sé), lievi-moderati (nel rispetto delle regole, nel giudizio, nelle relazioni intime), moderati (nel contatto con gli altri), moderati-gravi (nell'organizzazione dei compiti, nell'assertività, nelle attività spontanee e nella mobilità) e gravi (nella flessibilità, nella persistenza, nell'integrazione nel gruppo). Tutto ben considerato, il perito psichiatra ha quindi stabilito i periodi di incapacità lavorativa della ricorrente nell'attività abituale: 100% dal 12 agosto 2020, 40% dal 5 al 30 settembre 2020, 40% dal 12 ottobre 2020 al 17 gennaio 2021, 70% dal 18 gennaio 2021 fino a metà gennaio 2022, 100% dal 15 gennaio al 5 maggio 2022 e 70% dal 6 maggio 2022 (capacità lavorativa residua del 30% da intendersi come diminuzione del tempo e del rendimento). Per quanto concerne la capacità lavorativa in attività adeguata, l'esperto ha ritenuto che non v'era un'altra attività nel libero mercato del lavoro in cui l'assicurata avrebbe potuto avere un funzionamento e quindi una capacità lavorativa superiore a quella nell'attività abituale. Nell'esaminare le ripercussioni dei danni alla salute nella conduzione dell'economia domestica, il perito ha valutato una limitazione come casalinga del 25%, ovvero la capacità lavorativa residua era del 75%. Il dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, nel suo rapporto finale SMR del 27 dicembre 2022 (doc. 85) ha confermato le tre diagnosi poste dal perito, non ha individuato limitazioni funzionali, mentre ha fatto propri ulteriori limiti indicati nella perizia. Egli ha invece posto - sulla base dei periodi riconosciuti dall'assicuratore malattia e dall'assicuratore infortuni - altri gradi di inabilità lavorativa per altri periodi (inabile al 40% dal 12 agosto 2020, al 100% dal 23 ottobre 2020 al 9 gennaio 2022, al 50% dal 10 al 31 gennaio 2022, al 100% dal 1° febbraio al 5 maggio 2022 e al 70% dal 6 maggio 2022). Anche nelle mansioni consuete si è avvalso di quanto riconosciuto dall'assicuratore malattia (40% dal 23 ottobre 2020 al 9 gennaio 2022), integrando poi le conclusioni peritali (25% dal 12 agosto 2020 e dal 6 maggio 2022). Infine, lo psichiatra del Servizio Medico Regionale ha osservato la necessità di una revisione a 12 mesi, non escludendosi l'attivazione di risorse residue in base alla perizia. Al progetto di decisione del 13 aprile 2023 (doc. 94) di attribuzione di una rendita, dapprima intera (dal 1° agosto 2021) e poi con grado AI del 43% (dal 1° settembre 2022), l'assicurata ha contrapposto il certificato del 2 febbraio 2023 (doc. 103) della dr.ssa med. _____, specialista in medicina interna generale, che ha attestato una riasacerbazione della sindrome depressiva con attacchi di panico, tanto che necessitava di essere ricoverata in ambito psichiatrico, e quello del 28 aprile 2023 (doc. 103) della psichiatra curante dr.ssa _____, che ha giustificato un'inabilità lavorativa del 100% dal 1° gennaio al 31 maggio 2023. In seguito, ha prodotto anche il rapporto del 22 giugno 2023 (doc. 106) della dr.ssa med. _____, psichiatra e psicoterapeuta FMH, che ha riferito che le condizioni psicopatologiche della sua paziente erano persistentemente dominate da uno stato depressivo e ansioso intenso, anche con episodi di tipo parossistico terebrante che intralciava la socializzazione e le relazioni, con rilevante ritiro sociale e deficit nelle attività di vita quotidiana. Anche il sonno era di cattiva qualità e le energie generali erano precarie. Nonostante gli sforzi di cura psicoterapeutici e psicofarmacologici in corso, persisteva uno stato deficitario delle competenze personali e professionali, che non appariva compatibile con una ripresa lavorativa. La curante ha poi riportato le risorse e i deficit dell'assicurata secondo lo schema Mini ICF-APP, rilevando sostanzialmente delle

disabilità gravi, eccetto per l'organizzazione dei compiti (medio-grave), le competenze (moderata-intensa), il giudizio e la persistenza (moderata). Le diagnosi, quattro, erano di ansia episodica parossistica, stato depressivo persistente attuale episodio di grado medio, ansia generalizzata e disturbo di personalità di tipo ansioso e dipendente (gravi traumi personali-relazionali in corso di elaborazione). Le terapie in corso consistevano in sedute di psicoterapia con frequenza settimanale e in farmacoterapia (Fluoxetina 20mg 2-0-0-0, Xanax 1mg 1-0-0-0, Temesta 1mg al bisogno e Lamictal 25mg 1-0-0-2). Per la psichiatra curante, le condizioni psicopatologiche esposte non erano compatibili con una ripresa lavorativa a causa della persistenza di uno stato depressivo e ansioso di grado intenso e pervasivo, che pregiudicava la qualità di vita nella quotidianità e la capacità lavorativa, con un'inabilità lavorativa del 100%. Anche la capacità nel ruolo di casalinga appariva fortemente in difficoltà ed estremamente precaria, avendo infatti bisogno di essere supportata e costantemente sostenuta nelle sue attività quotidiane, come fare la spesa, cucinare, le pulizie e soprattutto nella gestione burocratica, perché lo stato ansioso e i vissuti depressivi di profonda insicurezza personale riducevano fortemente la volizione e la qualità di vita. Il 10 luglio 2023 (doc. 109) il dr. med. _____, interpellato dall'SMR (doc. 108), si è pronunciato su questi tre referti, rilevando che la collega ha sempre certificato un'inabilità lavorativa totale anche prima della sua valutazione peritale, da cui egli si è scostato in base all'esame Mini ICF essendo emerse ancora risorse residue e, soprattutto, non v'erano dimensioni in cui vi fosse una completa deficitarietà. Egli ha inoltre osservato che la psichiatra curante ha posto le medesime diagnosi dei referti precedenti la sua valutazione peritale, su cui si era già soffermato nella discussione diagnostica. Quanto al Mini ICF stilato dalla dr.ssa _____ a sei mesi di distanza, a suo dire era abbastanza sovrapponibile al suo, se si eccettuano le competenze. L'unica differenza era nella terapia farmacologica, che appariva essere stata implementata con l'introduzione di Lamotrigina e il raddoppio del dosaggio della Fluoxetina, che egli condivideva pienamente ma che, a dire della curante, non pareva avere condotto a modificazioni del quadro. Egli stesso aveva sottolineato che proprio l'agorafobia era la maggior limitante, tanto che riteneva che il focus della terapia avrebbe dovuto essere principalmente quello di esposizione graduale all'esterno. Egli ha quindi ritenuto meno verosimile il miglioramento che aveva pronosticato trovandosi ormai a più di sei mesi dalla precedente perizia, anche se, proprio per questo, riteneva opportuna una rivalutazione del caso a 12 mesi. Per il resto, egli non ha ritrovato nei nuovi documenti esaminati alcun elemento che l'abbia indotto a modificare la stima della capacità lavorativa residua in attività abituale, adeguata e di casalinga. Il dr. _____ ha ritenuto completo ed esaustivo il complemento peritale rilevando, il 18 luglio 2023 (doc. 110), che nelle osservazioni presentate non v'erano elementi che portavano a modificare le capacità lavorative dell'assicurata nei tre ambiti. Egli ha pertanto confermato le sue precedenti prese di posizione. Il 22 settembre 2023 (doc. A1) l'Ufficio assicurazione invalidità ha confermato il progetto di attribuzione di una rendita (dapprima intera, poi con grado di invalidità del 43%). Con il ricorso formulato il 26 ottobre 2023 contro questa decisione, l'assicurata ha prodotto tre nuovi referti medici. Il primo, datato 20 ottobre 2023 (doc. A4), è stato reso da _____, dr. psych, psicologa specialista in psicoterapia FSP insieme alla collega _____, dipl. psych. FSP, psicologa, le quali, a richiesta dalla psichiatra curante, hanno effettuato un'indagine psicodiagnostica sull'assicurata il 12 ottobre 2023, che si è svolta in due incontri di circa 60 minuti ciascuno. Dall'intervista semi-strutturata, utilizzata per inquadrare i sintomi manifestati dall'interessata (SCID-5-CV), sono emersi i criteri per porre le diagnosi di disturbo

depressivo ricorrente (F33.1), di disturbo di panico (F41.0) e di agorafobia (F40.0). Per la prima diagnosi, l'assicurata riportava da due anni, ossia dal termine del ricovero presso la Clinica _____, di avere un umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, e di avere perso interesse per le cose che di solito le piacevano. In questi anni, ha riportato iperfagia, disturbi del sonno, irrequietezza, difficoltà a concentrarsi e a tenere il filo nei discorsi (aspetto emerso anche durante la valutazione psicodiagnostica), si sentiva inutile, svuotata e inadeguata, manifestando così una bassa autostima. Questi sintomi compromettevano in modo significativo il suo benessere psicosociale. Per la seconda diagnosi, dalla dimissione dalla clinica l'assicurata ha sperimentato improvvise e intense scariche d'ansia, in cui erano presenti palpitazioni, sudorazione, tremori, fiato corto, sensazione di instabilità e di soffocamento, vertigini e la paura di stare impazzendo. Questi attacchi, che si verificavano improvvisamente e in diversi luoghi, hanno portato a una significativa alterazione del comportamento dell'assicurata, che ha messo in atto diversi evitamenti per la preoccupazione di stare male e un progressivo ritiro. Per la terza diagnosi, è stato rilevato che sempre dall'uscita dalla clinica, l'interessata ha una forte ansia di trovarsi tra la folla, sia in spazi chiusi sia aperti: quando si trovava in queste situazioni era molto spaventata e temeva di non potere gestire l'ansia, che spesso sfociava in attacco di panico, e l'imbarazzo, generato dal farsi vedere da altre persone mentre stava male. Onde evitare queste situazioni, la paura e gli evitamenti conseguenti stavano influenzando in modo importante la sua vita: non riusciva ad andare al ristorante, frequentava i bar solo se all'aperto e con poca gente, si muoveva spesso a piedi percorrendo itinerari poco frequentati e/o prendeva l'autobus solo in orari non di punta. Nel rapporto è inoltre fatto presente che alcune situazioni verificatesi con l'ex marito avrebbero generato sintomi riconducibili a un disturbo post-traumatico da stress, sentendosi l'interessata, da quel momento, una persona diversa, più vulnerabile, senza autostima e senza più fiducia in sé stessa. Il secondo incontro è consistito nel BDI, un questionario self-report per valutare la presenza e la gravità della sindrome depressiva. Questo questionario ha mostrato non solo la presenza di una sintomatologia depressiva, ma anche con una gravità "estrema". Le psicologhe hanno concluso che l'assicurata presentava una sintomatologia riconducibile al disturbo depressivo ricorrente (F33.1), al disturbo di panico (F41.0) e agorafobia (F40.0). I sintomi depressivi risultavano piuttosto severi e combinati con i sintomi ansiosi compromettevano in modo significativo la qualità di vita dell'interessata. Un'altra psicoterapeuta specializzata in psicoterapia FPS, _____, ha affermato il 25 ottobre 2023 (doc. A5) di avere in cura l'assicurata da oltre un anno. Malgrado il sostegno apportato, ha constatato la perseveranza di gravi difficoltà nel suo funzionamento psicologico. Lo stato d'ansia era quasi permanente e gli attacchi di panico sempre presenti. I cambiamenti o imprevisti erano fonte di forte ansia, l'ambito socio-relazionale era seriamente compromesso, faceva molta fatica ad esporsi a luoghi pubblici, ancor di più se affollati, la vita sociale era ridotta alle relazioni familiari e terapeutiche. Nonostante una migliore stabilizzazione e migliore capacità di mentalizzazione, l'interessata non aveva ancora le risorse necessarie per riprendere una vita che implichi impegni e doveri più grandi di quelli che le si presentavano a quel momento. La psicologa pur non essendo medico, ha posto le diagnosi erano di: stato depressivo ricorrente, gravità media (F33.1), ansia episodica parossistica (F41.0), agorafobia (F40.0), fobia sociale (F40.1), PTSD trauma complex 6B41 (ICD-11) in disturbi di personalità di tipo ansioso e dipendente (correlato ai gravi traumi personali-relazionali in corso di elaborazione nel percorso di psicoterapia). Per la psichiatra curante, dr.ssa med. _____, che ha visitato l'assicurata il 25 ottobre 2023 e ne ha riferito quel giorno (doc.

A3), le condizioni psicopatologiche apparivano persistentemente dominate da uno stato depressivo di grado medio e ansioso intenso, anche con episodi di tipo parossistico terebrante che intralciavano la socializzazione e le relazioni, con rilevante ritiro sociale e deficit nelle attività di vita quotidiana e una condizione di evitamenti di tipo agorafobico, il ritmo sonno veglia permaneva alterno e poco ristoratore, le energie generali erano ridotte. Nonostante le cure psicoterapeutiche e psicofarmacologiche, persisteva uno stato deficitario delle competenze personali e professionali, che non appariva compatibile con una ripresa lavorativa neppure di minima entità. La valutazione delle risorse e dei deficit dell'assicurata secondo lo schema Mini ICF-APP ha rivelato una fatica a rispettare le regole e nella mobilità, una disabilità moderata nel giudizio, nella persistenza, nell'integrazione nel gruppo, una disabilità medio-grave nell'organizzazione dei compiti, moderata-intensa nelle competenze, grave nella flessibilità, nelle relazioni intime, nelle attività spontanee e nel contatto con gli altri. La diagnosi psichiatrica posta era di stato depressivo persistente, attuale episodio di grado medio (F33.1), ansia episodica parossistica (F41.0), agorafobia (F40.0), fobia sociale (F40.1) e PTSD Trauma complex 6B41 (ICD-11) in disturbo di personalità di tipo ansioso e dipendente (correlato ai gravi traumi personali-relazionali in corso di elaborazione nel percorso di psicoterapia). Oltre alle sedute settimanali di psicoterapia, la farmacoterapia prevedeva fluoxetina 20mg 2-0-0-0, Lamictal 100mg 0.0.1.0, Xanax 1mg 1-0-0-0 e Temesta 1mg al bisogno. La psichiatra ha poi riportato gli esiti delle valutazioni effettuate dalla psicoterapeuta esterna allo studio (_____) e dalla collega che seguiva con regolarità l'assicurata (____). Infine, la dr.ssa _____ ha preso posizione sul complemento peritale del dr. _____ del 10 luglio 2023, contestando che non sia stata rilevata una grave persistenza di uno stato depressivo, ansioso e di tipo traumatico. Egli ha però confermato che l'esame Mini ICF da lei stilato nel giugno 2023 era pressoché sovrapponibile al suo di dicembre 2022, che indicava un importante intralcio delle risorse dell'assicurata che la rendevano inabile al lavoro. Inoltre, il perito concordava con la presenza di un grave quadro di agorafobia, ma le esposizioni progressive consigliate hanno portato addirittura a un peggioramento intenso dell'angoscia e a scatenare intensi attacchi di panico, con recrudescenza degli evitamenti. Il perito ha poi ammesso che il verosimile miglioramento da lui pronosticato non è avvenuto e ha ricordato che era opportuna una rivalutazione del caso a 12 mesi, con cui concordava la curante. Infine, quest'ultima ha esposto delle riflessioni sulla perizia del 15 dicembre 2022 riguardo all'insorgenza dei disturbi psichici e alla dipendenza alcolica e ha poi spiegato la difficoltà terapeutica per l'assicurata testimoniata dalla necessità di continue modifiche farmacologiche ma, ciò nonostante, la condizione psichica di sofferenza permaneva. Essa ha descritto le ragioni per cui ha diagnosticato una sindrome depressiva ricorrente (2006 morte del padre, 2010 consumo di alcolici insorto in relazione ai vissuti conflittuali coniugali, peggiorato nel 2017 con la morte della madre e continuato fino a gennaio 2023) e non solo di episodio depressivo e ha confermato la diagnosi di trauma complesso, correlato alla relazione di coppia e alla sofferenza di personalità dell'assicurata. A causa della persistenza di uno stato depressivo e ansioso di grado intenso e pervasivo, per i gravi evitamenti socio-relazionali e la sintomatologia PTSD evidenziata, che intralciavano in modo grave sia la qualità di vita nella quotidianità sia la capacità lavorativa, l'assicurata era inabile al 100%. Nel ruolo di casalinga appariva fortemente in difficoltà ed estremamente precaria, avendo bisogno di essere supportata e sostenuta nelle attività quotidiane come fare la spesa, cucinare, pulire la casa e nella gestione burocratica, perché lo stato ansioso, gli evitamenti e i vissuti depressivi di profonda insicurezza personale riducevano fortemente la

capacità nella gestione della normale quotidianità. Il 29 novembre 2023 (doc. VIII/2) il dr. med. _____ ha preso posizione sui tre succitati certificati prodotti con il ricorso. Lo psichiatra nominato dall'Ufficio AI ha osservato che v'è stato un cambiamento diagnostico, per cui alla condizione depressiva persistente attuale episodio di grado medio (F33.1, che è il codice della depressione ricorrente) e all'ansia episodica parossistica, la curante ha aggiunto l'agorafobia e la fobia sociale, mentre nel suo precedente referto parlava di disturbo d'ansia generalizzato. Si è pure aggiunto il PTSD trauma complex secondo la classificazione ICD-11, citata anche dalla psicologa curante, ma non confermata dalla valutazione testistica delle altre due psicologhe. Il perito ha rilevato che la dr.ssa med. _____, per giustificare la presenza di un disturbo depressivo ricorrente, ha fatto risalire il primo episodio al lutto del padre, mentre l'assicurata gli aveva riferito di avere superato il lutto del padre e della madre, perciò, a suo dire, non si identificava anamnesticamente la presenza di altri episodi depressivi per potere definire ricorrente il disturbo depressivo. Egli ha inoltre osservato che non corrispondeva al vero l'accusa di avere dimenticato la sofferenza di personalità vissuta dall'assicurata, rilevando di avere invece annotato come il lavoro sia stato la sua ancora di salvezza e che pur essendo rimasta per anni all'interno di una relazione disfunzionale con il marito, l'assicurata ha deciso di allontanarsi e di chiudere quella relazione che aveva mantenuto per anni per il bene della figlia, ciò che dimostrava comunque una capacità di reagire, anche se dopo diversi anni e quando alcune condizioni esterne (morte della mamma) erano cambiate. Non va poi dimenticato che malgrado la malattia del padre e la convivenza con una persona che la controllava e le ha inflitto molti soprusi, l'assicurata ha comunque continuato a lavorare e il suo funzionamento sociale e relazionale, oltre che lavorativo, non erano inficiati; non è quindi soddisfatto il criterio per porre diagnosi di disturbo di personalità. La sofferenza non era tale da provocare una limitazione nel funzionamento lavorativo, che si è significativamente modificata solo nel momento in cui è stata inaspettatamente licenziata. Il perito si è pronunciato sul consumo d'alcol (peggiorato con il licenziamento), sulle crisi di ansia (hanno portato allo sviluppo di un quadro agorafobico) e sul fatto che l'interessata poteva vivere da sola (d'estate andava nella baita in montagna), concludendo che si era di fronte a un episodio depressivo di grado medio evoluto da un disturbo dell'adattamento conseguente al licenziamento inaspettato, che si caratterizzava per la presenza di ansia ed era all'interno di questa diagnosi che dovevano essere considerate le crisi di ansia. Egli ha inoltre confermato la diagnosi di agorafobia, che era la maggior limitante il funzionamento. Quanto alla fobia sociale, che le psicoterapeute hanno riferito al timore e all'imbarazzo dell'assicurata quando esce di casa per il giudizio della gente su di sé all'idea che il marito abbia diffuso voci infamanti sul suo conto, si distingue dalla fobia sociale riferita al modo di comportarsi essa stessa in modo imbarazzante e umiliante. Di questo avviso non erano né la dr.ssa _____ né la psicologa _____, che hanno invece posto questa diagnosi. Sul disturbo post-traumatico da stress complesso secondo l'ICD-11, l'esperto ha osservato come le due psicoterapeute esterne non abbiano ritenuto esservi sufficienti elementi per porre questa diagnosi, mentre la dr.ssa _____ l'ha chiaramente diagnosticata sulla scorta del vissuto dell'assicurata (periodo di umiliazioni e svalutazioni da parte del marito). Il dr. _____ ha invece spiegato i motivi per cui se si fosse trattato di un PTSD complesso si sarebbe sviluppato ancora quando l'assicurata viveva con il marito e quindi ben prima rispetto a quando, dopo il licenziamento, le manifestazioni psicopatologiche sono diventate evidenti e influenti sul suo funzionamento. È stata proprio la perdita del lavoro ad avere un ruolo patogenetico, ma ciò non significa che quello che è avvenuto prima e che le

caratteristiche temperamentali e comportamentali (seppur senza disturbo di personalità) non possano avere giocato un ruolo, ma il danno alla salute con ripercussione sulla capacità lavorativa era determinato dallo sviluppo dell'episodio depressivo maggiore e dall'agorafobia oltre che, nella fase iniziale, dall'abuso alcolico. Nel pronunciarsi sulla capacità lavorativa dell'assicurata, il perito ha ricordato di averla stimata nel 70% nel libero mercato del lavoro, con un Mini ICF che era abbastanza sovrapponibile a quello della dr.ssa _____, peraltro migliorativo nel suo ultimo referto dell'ottobre 2023 rispetto al precedente del 22 giugno 2023. Per lo specialista in psichiatria, v'erano delle importanti limitazioni della capacità lavorativa che ha riconosciuto nella sua perizia, ma che non comportavano una completa e totale limitazione del funzionamento ad alcun item del Mini ICF e pertanto la capacità lavorativa residua, seppure molto bassa, esisteva e ciò ancor più al domicilio, dove egli ha stimato una inabilità lavorativa del 25%, che ha confermato: l'assicurata era in grado di gestirsi quando d'estate andava nella baita in montagna, riusciva a fare il bucato e a stirare, non aveva incombenze di accudimento di altri, teneva sufficientemente pulita sé stessa e si alimentava, pur delegando e sicuramente avvantaggiandosi notevolmente del fatto di vivere con la sorella. Non si era quindi di fronte a una situazione in cui l'assicurata non poteva vivere da sola. Riguardo all'impossibilità, secondo la curante, di riprendere a lavorare, il dottor _____ ha osservato che, a domanda AI inoltrata, da settembre a dicembre 2021 l'assicurata ha frequentato un corso di informatica e che dal ricovero presso la Clinica _____ l'interessata era stata dimessa in buon compenso psichico con stati di ansia risolti, tono dell'umore migliorato, buona progettualità futura e livello di autostima in risalita. La stessa assicurata gli aveva dichiarato di non essere più ricaduta in una simile situazione, quindi v'era stata una modifica migliorativa del quadro, anche se, secondo la curante, non sarebbe invece avvenuta. Quanto alla sua ipotesi di una rivalutazione a distanza di 12 mesi, considerato che gli interventi psicoterapici e psicofarmacologici che egli aveva suggerito sono stati eseguiti dai curanti, ma che non sembravano avere condotto ad alcun miglioramento del quadro, a suo dire una rivalutazione non si imponeva, lasciando però all'SMR la decisione finale. Nel secondo complemento peritale per il perito non v'erano così motivi per modificare la sua precedente posizione, ritenendo probabile che il quadro non si sia modificato in senso migliorativo come invece aveva ritenuto possibile nella perizia del dicembre 2022. Si trattava, perciò, di una differente valutazione dello stesso quadro, che dalla curante non veniva descritto come peggiorato, ma come stabile fin dalla presa in carico, mentre l'assicurata stessa parlava di un miglioramento rispetto al periodo peggiore che essa ha collocato nel gennaio 2022. Il Servizio Medico Regionale (dr. med. _____), che ha preso visione della nuova documentazione medica, il 1° dicembre 2023 (doc. VIII/3) ha affermato che la presa di posizione del dr. med. _____ era argomentata ed esaustiva, perciò dal punto di vista medico psichiatrico non sussistevano elementi oggettivi per modificare le precedenti decisioni dell'Ufficio AI, che confermava. Il 30 gennaio 2024 la psichiatra curante e le psicoterapeute non curanti si sono nuovamente pronunciate sul caso dell'assicurata. Le psicologhe _____ e _____ hanno puntualizzato la questione del disturbo post-traumatico, che in precedenza non hanno diagnosticato soltanto per assenza di sufficienti elementi, non potendo indagare in maniera esaustiva gli episodi dolorosi del passato dell'assicurata stante la sua difficoltà di parlarne. La non diagnosi, hanno affermato, non esclude però la presenza di un disturbo post-traumatico da stress (doc. A7). La dr.ssa med. _____ ha rivalutato l'assicurata durante 85 minuti di colloquio psichiatrico-psicologico il giorno precedente e, dopo avere ridiscusso le diagnosi e la

prognosi con le tre psicoterapeute coinvolte, ha puntualizzato le diagnosi messe in discussione dal perito, ha esposto la descrizione della giornata dell'interessata, ha contestato il grado di autonomia di vita valutato dal perito, ha presentato il decorso delle cure e lo stato psichico attuale, le risorse e i deficit secondo lo schema Mini ICF-APP, le diagnosi psichiatriche, le terapie in corso, le sue riflessioni e conclusioni. La psichiatra curante ha confermato, e spiegato, la sindrome depressiva ricorrente, con gravità del primo episodio avvenuto in relazione alla morte del padre, e la fobia sociale, che però non era legata al tema del giudizio altrui rispetto alle conoscenze del marito, come sostenuto dal perito, ma era un disturbo ansioso ben più pervasivo e generalizzato e riguardava tutte le interazioni personali. L'assicurata soffriva dunque di una condizione ansiosa severa, che influenzava in modo peggiorativo la sua qualità di vita e, secondo la curante, tale disturbo era pervasivo in ogni ambito della quotidianità e delle relazioni sociali. Essa ha poi chiarito che la diagnosi di disturbo post-traumatico o PTSD F43.1 (secondo l'ICD-10), contrariamente a quanto sostenuto dal perito, (non) è stata posta dalle psicologhe _____ e _____, mentre la diagnosi di trauma complesso PTSD secondo l'ICD-11 (e non l'ICD-10) è stata posta dalla psichiatra stessa e dalla psicoterapeuta _____, ma non è stata oggetto dei test delle prime due psicologhe, come risulta dal loro referto. La dr.ssa _____ ha poi spiegato gli elementi che l'hanno portata a diagnosticare un trauma complesso PTSD 6B41. Sull'abuso di alcol quest'ultima ha precisato essere insorto ben prima della separazione, e meglio nel 2013 quando la figlia aveva iniziato a compiere atti di autolesionismo dovuti alla problematica relazione di coppia dei genitori. La psichiatra non si è detta neppure d'accordo con il perito riguardo all'autonomia di vita dell'assicurata, ribadendo che essa non sarebbe affatto in grado di vivere da sola per lo stato psicopatologico, per lo più angosciato e triste, che la portava spesso a non uscire dalla stanza per tutto il giorno, a non cucinare, a mangiare cibi come formaggio, pane e insaccati perché non aveva la motivazione di cucinare per sé. Le lettere le apriva la sorella, sentendosi incapace e timorosa di non capirne bene il contenuto; la spesa pure era effettuata dalla sorella, se non per piccoli acquisti di generi di prima necessità in piccoli negozi e non in orari di punta. Questa importante necessità di supporto e disautonomia di vita nel disbrigo delle normali incombenze quotidiane a suo dire indicava un'importante struttura dipendente e ansiosa di personalità, che ha fatto da terreno fertile per una relazione di violenza domestica e di coppia reiterata nel tempo e di gravissima entità, che ha portato all'abuso alcolico. Quanto alle uscite nella baita in montagna, viste dal perito come elemento di risorsa per l'assicurata, quest'ultima, ha precisato la sua psichiatra, si è invece recata un'unica volta nell'estate 2023, accompagnata dalla figlia non sentendosi di andarci da sola. A ciò ha fatto seguito l'esposizione delle risorse e dei deficit secondo lo schema Mini ICF-APP eseguito il giorno precedente, le diagnosi psichiatriche (poste già in precedenza) e le terapie in corso (non cambiate). La dr.ssa _____ ha quindi concluso che le condizioni psicopatologiche che ha osservato non erano compatibili con una ripresa lavorativa a causa della persistenza di uno stato depressivo di grado medio e ansioso intenso e pervasivo, il persistere di uno stato deficitario delle competenze personali e professionali, per i gravi evitamenti socio-relazionali e il quadro di trauma complesso PTSD. Anche le capacità dell'assicurata nel ruolo di casalinga erano fortemente penalizzate e estremamente precarie (doc. A6). Questi due nuovi referti sono stati sottoposti al vaglio del perito, che nel terzo complemento peritale, reso il 15 febbraio 2024 (doc. XVI/2), ha precisato che il lutto, essendo fisiologico, non è corretto parlare di episodio depressivo maggiore. Sulle diagnosi della curante di ansia episodica parossistica e fobia sociale, egli ha confermato la propria diagnosi di agorafobia e sulla

questione del PTSD l'esperto nominato dall'Ufficio AI ha precisato alcuni concetti. Riguardo all'abuso alcolico, anche la psichiatra curante ha confermato che attualmente è assente ed è ciò che conta per la valutazione peritale. Quanto alla struttura della giornata e alla grave disautonomia di vita, il perito ha confermato quanto l'assicurata stessa gli ha riferito. Sul decorso delle cure e sullo stato clinico, il dr. _____ ha rinviato alla sua precedente presa di posizione, giacché la dr.ssa med. _____ ha ribadito quanto già sostenuto il 25 ottobre 2023. Il 15 marzo 2024 (doc. A9) la psichiatra si è chinata sui temi citati dal perito della depressione correlata al lutto, della depressione post-partum, della fobia sociale e dell'ansia parossistica episodica, del PTSD trauma complex secondo l'ICD-11, della severa problematica alcolica e della disautonomia di vita. Infine, il 15 aprile 2024 (doc. XX/1) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale, preso visione del dossier e della documentazione medica, ha affermato che dal rapporto medico del 15 marzo 2024 della dr.ssa med. _____ non si evidenziavano fatti nuovi o variazioni significative di fatti noti, perciò la precedente presa di posizione dal punto di vista medico psichiatrico restava confermata.

2.6. Per costante giurisprudenza (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; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Secondo giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la

parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C_601/2022 del 31 marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C_252/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGa) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Occorre ancora osservare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à

faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)". In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va 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 9C_337/2023 del 22 agosto 2023, consid. 3.3.2; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, l'allora Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) 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; STFA 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. D. Cattaneo, Le perizie nelle assicurazioni sociali, in: Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Con 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. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago;

l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein , Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). 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 e 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, nelle due sentenze del 30 novembre 2017 (8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418, il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 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 non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una “ resistenza alle terapie ”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora, invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . 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. Soltanto da tale elemento non emerge alcuna

attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà, secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori, provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento ai citati giudizi 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al considerando 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. Questa giurisprudenza è stata confermata nella sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Infine, in DTF 145 V 215 l'Alta Corte 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. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018, consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018, consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.8. Nel caso concreto, chiamato a verificare se l'amministrazione ha correttamente valutato lo stato di salute della ricorrente, dopo attenta analisi di tutti gli atti medici il Tribunale non ha motivo di mettere in dubbio le conclusioni a cui essa è pervenuta. In primo luogo occorre rilevare che ogni volta che l'Ufficio AI raccoglieva della documentazione medica presso i curanti della ricorrente, giustamente la sottoponeva al vaglio del Servizio Medico Regionale. In questo modo, ogni singolo referto presente agli atti dell'amministrazione è stato debitamente vagliato da una persona esperta in materia. Anche la nuova documentazione specialistica che l'insorgente ha prodotto con il ricorso e pendente causa è stata oggetto di una attenta e approfondita disamina da parte sia di medici psichiatri indipendenti (dr. med. _____) sia di specialisti alle dipendenze del Servizio Medico Regionale (dr. med. _____ e dr. med. _____). Il dottor _____ ha visitato la ricorrente in due occasioni, il 6 dicembre durante due ore e il 14 dicembre 2022 durante 20 minuti. L'indomani ha reso la sua perizia, in cui ha esposto nel dettaglio l'esito dell'indagine clinica esperita, dei reperti oggettivi riscontrati dalle sue osservazioni, dall'esame clinico secondo AMDP-System e dalla valutazione psichiatrica comprendente la valutazione delle capacità e delle risorse secondo lo schema Mini ICF-APP. Sulla scorta di queste sue valutazioni, lo psichiatra ha posto le diagnosi di agorafobia (F40.0), episodio depressivo di grado lieve medio con ansia (F32.1) e di pregresso abuso alcolico (F10.1), ribadendole e confermandole anche in tutti i suoi complementi peritali facenti seguito ai nuovi referti medici della dr.ssa _____ e delle psicoterapeute consultate dall'assicurata. Va qui osservato che se in un primo momento

queste diagnosi corrispondevano, grosso modo, a quelle individuate dalla psichiatra curante, con il tempo quest'ultima le ha modificate rispettivamente ne ha aggiunte delle altre, su cui il perito si è pronunciato mettendo in evidenza le ragioni per cui non era d'accordo con quanto riscontrato dalla collega, non avendo egli rilevato un quadro peggiorativo come descritto dalla curante. A questo proposito, oltre a ricordare che lo stato di salute della ricorrente deve essere valutato fino al massimo al 22 settembre 2023, data in cui l'Ufficio assicurazione invalidità ha emesso la decisione impugnata dall'assicurata che delimita temporalmente il potere di esame del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1), il TCA evidenzia che con il passare del tempo i rapporti della dr.ssa med. _____ hanno fornito un quadro clinico vieppiù peggiore. Se in un primo momento le diagnosi poste dal perito (agorafobia, episodio depressivo di grado lieve medio con ansia e pregresso abuso alcolico) e dalla curante (ansia episodica parossistica, stato depressivo persistente attuale episodio di grado medio, ansia generalizzata e disturbo di personalità di tipo ansioso e dipendente) sostanzialmente si sovrapponevano, in seguito v'è stata, d'avviso della psichiatra curante, un'evoluzione delle diagnosi, laddove alle prime due si è aggiunta l'agorafobia - diagnosticata pure dal perito -, la fobia sociale e il PTSD trauma complex 6B41 in disturbo di personalità di tipo ansioso e dipendente. Non senza dimenticare che la diagnosi di sindrome depressiva è stata ritenuta ricorrente e non un unico episodio depressivo. Queste nuove diagnosi sono state tutte contestate dal perito e in più rapporti complementari, in cui ha spiegato in modo chiaro, convincente e non contraddittorio i motivi per cui, anche sulla scorta delle dichiarazioni che l'interessata gli ha direttamente rilasciato nel dicembre 2022, non erano dati i presupposti per potere riconoscere una sindrome depressiva ricorrente, una fobia sociale e un PTSD trauma complesso. Il dr. med. _____ ha inoltre ben sottolineato che dai vari test Mini ICF effettuati dalla stessa dr.ssa _____ non è emerso un quadro particolarmente negativo delle capacità della assicurata. Anzi. Egli ha infatti evidenziato, nel suo secondo complemento peritale del 29 novembre 2023, che l'esito del Mini ICF che ha effettuato sull'interessata era "abbastanza sovrapponibile a quello redatto dalla dr.ssa _____ peraltro anche migliorativo nell'ultimo suo rapporto rispetto a quello precedente. Infatti, rispetto alle risorse e ai deficit dell'assicurata nella sua relazione del 25.10.2023 la Dr.ssa _____ riprende in gran parte i punti del suo precedente rapporto del 22.06.2023 sul quale il sottoscritto aveva già preso posizione nel luglio 2023 ma, nell'ultimo Mini ICF redatto dalla curante nell'ottobre 2023, l'assertività viene giudicata come "intralciata", mentre nel precedente scritto veniva giudicata dalla curante "molto intralciata" e l'integrazione nel gruppo da moderata-grave è definita attualmente come moderata." (doc. VIII/2 pag. 3). Inoltre, l'esito del test Mini ICF del 25 ottobre 2023 (doc. A3) è identico a quello figurante nel rapporto del 30 gennaio 2024 (doc. A6). Quindi, anche se in un periodo posteriore a quello in cui il TCA si deve porre per giudicare le condizioni di salute dell'assicurata, si può comunque affermare che le risorse e i deficit della ricorrente non attestano una situazione peggiore rispetto a quella che ha potuto constatare il perito nel dicembre 2022 non solo fino a prima della decisione impugnata, ma anche successivamente. Ma non solo. Questi deficit e risorse riscontrati non sono così limitativi delle capacità dell'assicurata e non sostengono quindi una situazione tale da giustificare una totale inabilità lavorativa come per contro affermato dall'insorgente. Sono infatti ancora presenti delle risorse a cui l'assicurata può aggrapparsi, visto che alcune limitazioni sono soltanto moderate. Addirittura, un confronto fra il test condotto dal dottor _____ il 6 dicembre 2022 e dalla dr.ssa _____ il 29 gennaio 2024, con esito corrispondente a quello del 25 ottobre 2023, rappresenta una situazione migliore constatata

dal perito rispetto a quella descritta dalla curante un anno dopo. Infatti, se per il primo il grado di disabilità per la persistenza era grave, per la seconda era moderato; per l'assertività moderato-grave rispettivamente intralciata; nel contatto con gli altri moderato e per la curante v'erano importanti evitamenti; nell'integrazione nel gruppo il grado di disabilità era grave per il perito, ma per la psichiatra dell'assicurata le limitazioni erano moderate. Per quest'ultima, invero, alcune disabilità erano invece peggiorate, e meglio per le competenze (per il perito era lieve, per lei moderata-intensa), il giudizio (lieve-moderata/moderata), le relazioni intime (lieve-moderata/grave) e per le attività spontanee (moderata-grave/ grave). Ciò stante, secondo la scrivente Corte, non si può pertanto concludere che la situazione che si è presentata al perito nel dicembre 2022, quando ha potuto accertare di persona le capacità e i deficit della ricorrente, sia peggiorata nel tempo e, soprattutto, che giustifichi un'incapacità lavorativa del 100% dopo il 5 maggio 2022, visto che, per contro, i gradi di disabilità rilevati da entrambi gli psichiatri non attestano affatto una situazione che pone l'assicurata nell'impossibilità assoluta di mettere a frutto queste capacità residue e di esercitare un'attività lucrativa. Non va dimenticato che il perito ha valutato nel 30% la capacità lavorativa residua dalla dimissione dalla clinica e quindi ha certamente tenuto conto di uno stato di salute psichico piuttosto compromesso, ma non al punto da essere totalmente invalidante: né le diagnosi poste né le constatazioni oggettive giustificano una tale conclusione, che quindi il TCA non tutela. In merito alla disautonomia di vita dell'assicurata che la curante ha definito grave, lo specialista sentito dall'Ufficio AI ha precisato che le dichiarazioni dell'interessata rese in occasione delle sue due consultazioni non possono giustificare una simile gravità. Certamente vi sono delle difficoltà per la ricorrente nella conduzione della quotidianità, che egli ha ben rilevato nei suoi rapporti, ma non vi sono sufficienti elementi oggettivi per giungere alla conclusione che anche come casalinga non sarebbe in grado di fare alcunché. Va ricordato, infatti, che l'interessata ha dichiarato al perito di occuparsi del proprio bucato e del relativo stiro (e la curante l'ha confermato: doc. A6 pag. 7), si alimenta - seppure solitamente con cibi freddi che non necessitano di una particolare elaborazione nella preparazione (doc. A6 pag. 7) -, si tiene comunque sufficientemente pulita (doc. A6 pag. 7) - anche se non si fa più la tinta dei capelli, ma questo non è un valido motivo per sostenere che si stia trascurando -, esce di casa per comprare i generi di prima necessità in piccoli negozi e non negli orari di punta (doc. A6 pag. 7). Non va poi dimenticato di rilevare che, comunque, la ricorrente si reca autonomamente una volta alla settimana alle sedute di psicoterapia e una volta al mese dalla psichiatra, spostandosi con i mezzi pubblici non perché non è in grado, a causa dei suoi disturbi psichici, di guidare un'automobile, ma perché non ha la patente. Essa è perciò capace di gestirsi da questo punto di vista, anche se deve evitare, stante l'agorafobia, di salire su mezzi affollati e di frequentare simili luoghi. Inoltre, i contatti con alcune amiche, anche se soprattutto telefonici, sono rimasti intatti, a cui si aggiungono quelli tuttora in essere con i parenti stretti (figlia, sorelle gemelle, zio). Non v'è dunque una totale chiusura in sé da parte dell'assicurata e pertanto una limitazione integrale nella gestione delle attività quotidiane non può essere giustificata. Pertanto, le valutazioni della specialista in psichiatria consultata privatamente dall'insorgente, e delle tre psicoterapeute interpellate da quest'ultima, non apportando nuovi elementi oggettivi in grado di scalfire le prese di posizione dello specialista del _____ e del Servizio Medico Regionale, vanno quindi intese nel senso di una diversa valutazione del quadro clinico valutato dal perito prima e dal Servizio Medico Regionale poi e delle conseguenze che le patologie che la interessano hanno sulla sua capacità di lavoro e come casalinga. I referti medici agli atti sono pertanto

sufficientemente dettagliati per l'evasione della causa e quindi per definire lo stato di salute della ricorrente e la sua capacità residua nell'espletamento di un'attività lucrativa e delle mansioni consuete, ai quali dunque ci si deve attenere, senza che sia necessario procedere a degli approfondimenti e fare erigere una perizia, neppure a livello giudiziario, ritenendo la situazione già chiarita. 2.9. In tale contesto, va qui ricordato che, quando 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. Kölz/Häner , *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi , *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Occorre ancora rilevare che nella STF 9C_532/2020 del 13 ottobre 2021, al considerando 4.1 l'Alta Corte ha ribadito che: " Di principio, l'avviso dei medici curanti deve essere trattato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che esse hanno con il paziente, per cui, secondo, esperienza comune, il medio curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)". Va qui inoltre ricordato che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi, ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (sull'argomento: STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012, consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche, ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste (cfr. pure la STCA 32.2023.34 del 30 maggio 2023, consid. 2.12). 2.10. Sulla scorta delle considerazioni che precedono, rispecchiando le numerose valutazioni del perito (la perizia del 15 dicembre 2022, il primo rapporto complementare del 10 luglio 2023, il secondo complemento peritale del 29 novembre 2023 e il terzo del 15 febbraio 2024) i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7) per ciò che concerne la problematica psichiatrica analizzata, ad esse va dunque attribuita piena forza probatoria. Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute della ricorrente sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall'Ufficio AI. Non v'è di conseguenza motivo, alla luce delle argomentazioni dianzi esposte, di scostarsi dalle risultanze mediche analizzate dal dr. _____ e condivise dal Servizio Medico Regionale. Nessuna delle certificazioni prodotte dalla ricorrente in questa sede, o già allegata in sede amministrativa, è infatti suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni tratte, in più occasioni, dallo specialista esterno, il quale ha ben valutato tutti gli atti medici presenti nell'incarto. Di conseguenza, si deve concludere che i disturbi psichiatrici certificati come invalidanti dal 12 agosto 2020 comportano in qualsiasi attività lucrativa un'inabilità lavorativa totale dopo un anno dall'insorgenza del danno alla salute e del 70% dal 6 maggio 2022, ovvero dalla dimissione dell'assicurata dalla Clinica _____, stante un accertato miglioramento. Allo stesso modo, la lamentela dell'insorgente relativa all'abilità nello svolgere le mansioni consuete, e la sua contestazione relativa al grado di impedimento stabilito dal perito e confermato dal Servizio Medico Regionale nel 25%, non può essere accolta. Riconosciuto il valore

invalidante dei disturbi psichici, occorre ora verificare, dal profilo economico, le conseguenze del danno alla salute subito. 2.11. L'assicurata ha impugnato la fissazione nel 3,31% delle limitazioni nello svolgere le mansioni di casalinga che, riportate sulla quota parte del 40%, ha dato un grado di invalidità parziale dell'1,324%. A suo dire, il grado di impedimento complessivo ritenuto dall'Ufficio AI sarebbe troppo basso. Essa non è però riuscita a mettere in dubbio le constatazioni e le conclusioni che la consulente ispettrice ha tratto dopo avere effettuato il 13 febbraio 2023 un sopralluogo al suo domicilio per potere valutare le sue abilità nelle attività della preparazione dei pasti, della pulizia e dell'ordine della casa, nell'effettuare acquisti e altre commissioni, nel fare e stirare il bucato e nella cura del giardino. Innanzitutto occorre ricordare che possono essere considerate soltanto le attività equiparabili a un'attività lucrativa. Si tratta delle attività che soddisfano il criterio della terza persona, vale a dire le attività che, in caso di impossibilità di svolgerle da sola, la persona assicurata farebbe svolgere da terzi (eventualmente a pagamento). Non vanno pertanto considerate le attività puramente ricreative né quelle artistiche o di pubblica utilità (N. 3603 della Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità (CIRAI), valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° gennaio 2024). In specie, nel rapporto del 13 marzo 2023 (doc. 87) dell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica, preso atto del danno alla salute e delle limitazioni funzionali riassunte dal Servizio Medico Regionale nel rapporto finale del 27 dicembre 2022, la consulente ispettrice ha stabilito la quota percentuale delle singole attività sul totale delle mansioni consuete (ponderazione senza disabilità) (N. 3604 CIRAI) e, tenendo conto della situazione medica (inabilità lavorativa del 25% secondo il dr. med. _____), ha indicato le attività che l'assicurata era totalmente o notevolmente impossibilitata a esercitare. Determinante è infatti il confronto delle attività effettive e non la valutazione medica dell'incapacità al lavoro. Essa ha fornito indicazioni precise sull'entità delle limitazioni dovute alla disabilità, sulla base delle quali ha poi determinato le limitazioni in percentuale per ogni settore d'attività. Non ha tenuto conto dell'età dell'assicurata (N. 3605 CIRAI). Il grado di disabilità nelle singole attività corrisponde al prodotto tra la ponderazione senza disabilità e la limitazione dovuta alla disabilità (N. 3607 CIRAI) e dalla somma di questi impedimenti l'assistente sociale è giunta a una invalidità nelle mansioni consuete del 3,31%, con una preponderanza degli impedimenti riscontrata nella preparazione dei pasti e nella cura del giardino. Secondo la giurisprudenza (STF 8C_620/2011 dell'8 febbraio 2012; STF 9C_201/2011 del 5 settembre 2011), in caso di divergenze considerevoli tra la valutazione della persona incaricata dell'accertamento e i pareri medici, si deve dare maggior peso alle indicazioni fornite dai medici specialisti per quanto riguarda la riduzione della capacità lavorativa dovuta ad aspetti psichici o cognitivi (N. 3606 CIRAI). Nel caso in esame, il Servizio Medico Regionale ha valutato nel 25% l'inabilità lavorativa medico-teorica. Dal lato pratico, i danni alla salute accertati dalla consulente dell'Ufficio AI previo sopralluogo hanno dato invece luogo a un'invalidità del 3,31% nel compiere le mansioni consuete nell'economia domestica. Riguardo a queste divergenze il TCA osserva che non va dimenticato che, stante l'obbligo di ridurre il danno nelle assicurazioni sociali, la ricorrente era tenuta a coinvolgere e a farsi aiutare nelle faccende di casa dalla sorella che viveva con lei. Per tale motivo, il grado di invalidità ad essa attribuibile è stato ridotto notevolmente proprio grazie all'aiuto prestatole dal familiare (cfr. colonna " Impedimenti quantificati considerando l'aiuto esigibile dai membri del nucleo familiare "). La sorella, che dal luglio 2021 la ospita in casa, ha infatti sopperito quasi completamente (tranne nella preparazione dei pasti visto che è assente durante il

giorno e nella cura del giardino) alle mansioni consuete che l'assicurata non era in grado di svolgere, riducendo così il reale impedimento che la consulente ha comunque, a tutti gli effetti, rilevato (cfr. colonna degli " Impedimenti rilevati in sede d'inchiesta "). La ricorrente ha però osservato che la sorella lavorava a tempo pieno e quindi non poteva sempre aiutarla (doc. I). Interpellata al riguardo, la consulente dell'Ufficio AI ha riportato nelle sue annotazioni del 15 agosto 2023 (doc. 112) il principio giurisprudenziale sull'esigibilità dell'aiuto dei familiari stante l'obbligo di ridurre il danno, osservando che la sorella abitava da sola prima che ospitasse l'assicurata e quindi da sola già provvedeva alle incombenze domestiche. A suo dire, non v'era dunque motivo per ritenere che la sorella gemella non dovesse continuare ad occuparsene anche se coabitava con l'assicurata. In ambito casalingo, se la persona assicurata, a causa della sua inabilità, può svolgere determinate mansioni domestiche solo con difficoltà e con un impegno temporale assai più elevato, deve provvedere a riorganizzare il proprio lavoro e, nella misura usuale, ricorrere all'aiuto dei familiari. Nel caso di persone attive nell'economia domestica, un impedimento può così essere considerato dall'assicurazione invalidità solo se le mansioni non più esercitabili personalmente devono essere eseguite da terze persone dietro pagamento oppure da familiari che, per fare ciò, dimostrano di subire una perdita di guadagno o comunque un aggravio eccessivo. Il grado di aiuto che si può pretendere dai familiari per l'aiuto in favore di una persona casalinga invalida va oltre il sostegno che ci si può normalmente attenere senza un danno alla salute (DTF 133 V 504 consid. 4.2; N. 3614 CIRAI). La persona assicurata deve fare ricorso all'aiuto dei familiari, indipendentemente dall'attuabilità effettiva di quest'ultimo (STF 8C_879/2012 del 17 gennaio 2013, consid. 4.2; N. 3614 CIRAI). Il N. 3615 CIRAI precisa perciò che se la persona assicurata non adempie l'obbligo di ridurre il danno o lo adempie solo in parte oppure se non ricorre all'aiuto usuale esigibile dai familiari o vi ricorre solo in parte, non le è riconosciuta alcuna limitazione nell'attività in questione o le è riconosciuta soltanto una limitazione parziale. Conformemente alla giurisprudenza evocata, la scrivente Corte conviene perciò che stante l'obbligo di ridurre il danno, la ricorrente poteva e doveva chiedere assistenza alla sorella convivente nelle faccende domestiche e quindi è corretto che " l'impedimento quantificato considerando l'aiuto esigibile dai membri del nucleo familiare " fosse di gran lunga inferiore. Va altresì rilevato che l'insorgente non ha contestato né la ripartizione delle attività e le relative percentuali attribuite dalla consulente, né la determinazione degli impedimenti per ciascuna di esse come pure il grado di disabilità nelle singole attività. Essa si è infatti limitata ad affermare genericamente che le problematiche psichiche presenti le impedivano di effettuare i lavori domestici in ragione almeno del 50%, perciò il grado di invalidità era sicuramente superiore al 3,31%, ma non ha saputo indicare in quale misura era impedita di svolgere una o l'altra attività né quale era il grado di impedimento per determinate mansioni consuete. A proposito del valore probatorio di un rapporto d'inchiesta dell'Ufficio AI, nella DTF 128 V 93 l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha stabilito che – in linea di massima e senza valide ragioni – non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati, il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste (AHI-Praxis 1997 pag. 291 consid. 4a; ZAK 1986 pag. 235 consid. 2d; RCC 1984 pag. 143, consid. 5; STFA I 102/00 del 22 agosto 2001, consid. 4). Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento da parte della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo. L'insorgente ha contestato le capacità della consulente ispettrice, sostenendo che non avesse una preparazione

psichiatrica e quindi che non fosse stata in grado di valutarla correttamente. Nelle predette annotazioni la consulente ha ricordato che " le indagini per le persone attive in seno all'economia domestica viene svolta dai consulenti ispettori i quali, a loro volta e sulla base del marginale 3606 della CIRAI, quando un assicurato presenta un danno alla salute di natura psichico, devono seguire le indicazioni del medico specialista. ", ciò che l'ispettrice ha pienamente fatto. Su questo aspetto si rinvia inoltre a quanto esposto poco sopra, ricordando che nel caso concreto occorre dare maggior peso alle indicazioni fornite dallo psichiatra, su cui la consulente si è infatti basata, ma che l'obbligo di ridurre il danno e quindi di pretendere dalla sorella convivente un aiuto accresciuto ha portato il reale impedimento nelle mansioni consuete a quasi annullarsi. Alla luce di ciò, non emergendo delle incongruenze sull'operato in esame, non v'è ragione di scostarsene. Questo Tribunale non ha dunque motivo per sovvertire le valutazioni della consulente ispettrice, la quale ha attentamente esaminato di persona la capacità residua dell'assicurata nelle mansioni consuete. La funzionaria, a prescindere dal fatto che sia alle dipendenze dell'amministrazione cantonale, ha agito in modo imparziale e professionale essendo specialista in materia e quindi nel pieno rispetto unicamente sia delle direttive sia della giurisprudenza (STCA 32.2023.137 del 29 aprile 2024; STCA 32.2023.117 del 18 marzo 2024, consid. 2.12; STCA 32.2020.134 del 26 aprile 2021, consid. 2.11; STCA 32.2020.51 del 29 ottobre 2020, consid. 2.18; STCA 32.2018.79 del 28 maggio 2019, consid. 2.18). Quest'ultima ha espletato il suo incarico sulla base delle emergenze mediche e ha correttamente applicato le direttive in materia per le persone assicurate occupate nell'economia domestica. Non vi è pertanto alcuna valida ragione per mettere in dubbio le sue conclusioni. Inoltre, nell'inchiesta domiciliare in questione è stata stabilita correttamente una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui ai NN. 3609-3611 CIRAI, attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica. L'allora Tribunale federale delle assicurazioni, nella sentenza I 102/00 del 22 agosto 2000 (citata anche al considerando 4.1 della STF 9C_896/2012 del 31 gennaio 2013), ha confermato la legittimità di queste direttive, in quanto il calcolo dell'invalidità giusta l'art. 27 OAI deve essere effettuato valutando l'attività domestica secondo l'importanza percentuale delle singole summenzionate mansioni nelle circostanze concrete. Di conseguenza, la valutazione della consulente ispettrice riportata nel rapporto del 13 marzo 2023 va senza alcun dubbio posta alla base della determinazione del grado di invalidità dell'assicurata per la parte di casalinga svolta in ragione del 40%. 2.12. Sulla base del metodo di misto applicabile alla ricorrente, che va ritenuta salariata in ragione del 60% e casalinga per il restante 40% (STF 9C_612/2023 del 3 aprile 2024), si ha che il grado di invalidità parziale per la parte salariata del 42% , e quello per la parte casalinga stabilito dall'inchiesta domiciliare nel 3,31% , danno luogo, tre mesi dopo l'intervenuto miglioramento che il dr. _____ ha confermato essere avvenuto il 6 maggio 2022, a un grado di invalidità globale del 43,32% (60 [parte salariata] x 70% [impedimento parte lucrativa] + 40 [parte casalinga] x 3,31% [tasso di impedimento nelle mansioni consuete]), arrotondato al 43% . Come stabilito dall'Ufficio AI nella decisione del 22 settembre 2023, questo grado AI dà dunque diritto alla ricorrente a una rendita AI di grado 43% dal 1° settembre 2022 (art. 88a OAI), mentre è dato, circostanza incontestata, il diritto a una rendita intera dal 1° agosto 2021, stante un grado di invalidità del 76% fino al 30 aprile 2022 e poi del 100%. 2.13. Da quanto precede discende che la pretesa dell'insorgente di annullare la decisione impugnata e di attribuirle dal 1° settembre 2022 una rendita intera di invalidità con grado AI di almeno l'80%, deve

essere respinta. 2.14. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto, 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese di fr. 500.- vanno addebitate alla ricorrente.

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