

## **TI\_GERICHTE 32.2024.12 vom 23. Januar 2024**

TI Tribunale d'appello, 2024-01-23, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2024.12](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.12)

FR: TI\_GERICHTE 32.2024.12 du 23 janvier 2024

IT: TI\_GERICHTE 32.2024.12 del 23 gennaio 2024

### **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'invalidità (teorica), giusta l'art. 28 LAI, sarebbe insorta il 29 luglio 2021, ossia un anno dopo l'inizio della incapacità lavorativa accertata dal medico SMR. Considerato però che l'assicurata ha presentato la domanda di prestazioni il 14 aprile 2022 (cfr. consid. 1.1), si tratta di una domanda tardiva ai sensi dell'art. 29 cpv. 1. LAI, perciò l'eventuale diritto a una rendita sorge al più presto sei mesi dopo la rivendicazione del diritto alle prestazioni, e meglio il 1° ottobre 2022 (art. 29 cpv. 3 LAI). Ne consegue che, sulla scorta delle citate circolari, in specie è applicabile il diritto in vigore dal 1° gennaio 2022 (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). 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGA, 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 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2), se il grado di invalidità è uguale o superiore al 70% gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera (cpv. 3), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49% si ha che al grado d'invalidità del 40% la quota percentuale è del 25% di una rendita intera (un quarto di rendita) e per ogni grado di invalidità supplementare si computa una quota del 2,5% (cpv. 4). 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 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) 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. A seguito della domanda di prestazioni dell'assicurata dell'aprile 2022, l'Ufficio AI ha interpellato la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, che ha in cura l'assicurata dal 2015 e che nel rapporto medico del 17 febbraio 2023 (doc. 32) ha diagnosticato una sindrome depressiva ricorrente, gravità media (ICD-10: F33.1) stante umore depresso, labilità emotiva, ritiro sociale marcato, obesità, vissuti di fallimento che assumono carattere perseverante, condizione che, da ultimo, giustificavano un'inabilità lavorativa del 100% dal 27 luglio 2020. Inoltre, essa beneficiava di sedute settimanali e di una terapia farmacologica. Il 9 marzo 2023 (doc. 34) il Servizio Medico Regionale (dr. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_) ha richiesto l'allestimento di una perizia psichiatrica. Il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia attivo presso il \_\_\_\_\_, ha svolto due colloqui con l'assicurata: il primo il 15 maggio 2023 (durato dalle 9 e 30 alle 11 e 30) e il secondo il 25 maggio 2023 (40 minuti), per una durata totale di 160 minuti. Nel rapporto peritale del 13 giugno 2023 (doc. 39) 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 e l'aspetto appariva sufficientemente curato. Da subito lo psichiatra ha notato uno stato ansioso che si apprezzava dalla mimica sofferente, durante la valutazione l'interessata ha presentato crisi di pianto che erano da attribuire allo stato emotivo labile sottostante. La gestualità era rallentata con uno sguardo evitante rispetto all'interlocutore con una percezione, sin da subito, di umore triste. L'eloquio era spontaneo con un tono di voce solo parzialmente modulato, il tono dell'umore appariva moderatamente deflesso, l'emotività era labile e passava da momenti in cui era in procinto di piangere ad altri dove lo stato ansioso e di tensione erano ben evidenziabili. Riusciva a mantenere l'attenzione e la concentrazione, ma con un aumentato sforzo, che era visibile al termine del primo colloquio tramite un'aumentata affaticabilità e stanchezza, meno nel secondo di minor durata, che però ha affrontato dopo una notte disturbata. Non sono emersi disturbi del contenuto del pensiero di tipo psicotico, sia congruo che incongruo al tono dell'umore, ma erano presenti sentimenti di inadeguatezza, di colpa, di incapacità, di bassa stima di sé, che apparivano accentuati dallo stato affettivo attuale. Erano assenti disturbi della percezione in senso allucinatorio, non esprimeva ideazione anticonservativa, la progettualità era ridotta alla routinaria quotidianità, come la capacità di infuturazione. La sintomatologia descritta appariva coerente rispetto alla descrizione della sua giornata e allo stato psicopatologico evidenziato. Il riposo veniva declinato marcatamente disturbato, la libido veniva riferita totalmente abbattuta. Il perito non ha ritenuto necessario effettuare una valutazione psicodiagnostica né dosare i farmaci nel sangue. Egli ha inoltre sottolineato che non erano emerse particolari incongruenze tra quanto appreso dalla documentazione agli atti e quanto obiettivato in sede di perizia. Il giorno in cui ha allestito la perizia ha contattato telefonicamente la psichiatra curante per comunicarle l'esito della sua valutazione. Dopo la discussione diagnostica l'esperto ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di grado medio, con iniziali aspetti di cronicizzazione (ICD-10: F33.1). Nella valutazione psichiatrica, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha evidenziato che dall'ultimo scompenso depressivo, risalente al luglio 2020, il quadro clinico era stazionario e che in presenza di iniziali caratteristiche di cronicizzazione, oltre alla continuità delle cure (visita psichiatrica, supporto psicologico) era a suo avviso necessaria una revisione della terapia farmacologica a base di SSRI, in particolare quella antidepressiva, con l'introduzione di un SNRI. 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 (nel rispetto delle regole, nelle competenze e nella mobilità), lievi-moderati (nella organizzazione dei compiti, nelle attività spontanee e nella cura di sé) e moderati (nella flessibilità, nel giudizio, nella persistenza, nell'assertività, nel contatto con gli altri, nell'integrazione nel gruppo e nelle relazioni intime). Nel commentare questo esame, il perito ha evidenziato di essere di fronte a un'assicurata che presentava un disturbo depressivo di grado medio all'interno di una sindrome affettiva ricorrente, comportante una significativa riduzione della capacità lavorativa. L'assicurata ha mostrato negli anni di avere delle buone capacità di adattamento e di sopravvivenza nell'ambito complicato del broker assicurativo indipendente. Al momento della valutazione peritale essa presentava deficit funzionali di grado almeno moderato in parecchi item (flessibilità, giudizio, persistenza, assertività, contatto con gli altri, integrazione nel gruppo, relazioni intime) e ciò determinava, accanto alla sintomatologia affettiva depressiva, uno scadimento della sua capacità lavorativa in tutte le attività, anche a livello casalingo (seppur più limitato).

L'alleanza terapeutica con l'assicurata sembrava buona, ma il perito ha evidenziato, in particolare per la patologia depressiva emergente, un disinvestimento in generale nei confronti delle relazioni interpersonali, meno in quella terapeutica, visto che frequentava con regolarità la sua psichiatra e la psicoterapeuta. Sembrava infine poco probabile un qualsivoglia intervento di tipo provvedimento professionale - date le caratteristiche temperamentali dell'assicurata che si sommano al quadro affettivo depressivo -, anche se sembrava che l'assicurata avesse quale obiettivo, a quel momento però non praticabile, di avviare una casa vacanze. Tutto ben considerato, il perito psichiatra ha quindi stabilito che dal 29 luglio 2020, data di partenza dell'attuale incapacità lavorativa, la capacità lavorativa andava considerata, per la presenza di una sindrome depressiva ricorrente, episodio di grado medio, al 50%, intesa quale riduzione del tempo e del rendimento, in soggetto da considerare indipendente al 100% in qualità di broker assicurativo, ma anche in attività adatte, mentre nell'attività di casalinga era dell'80%. Ritenuto che l'incapacità lavorativa del 60% (recte : 50%) in tutte le attività era data dal disturbo affettivo maggiore ricorrente, ma che il tratto depressivo, nonostante la farmacoterapia, non dava risultati, egli ha consigliato la rimodulazione della terapia e l'intervento di supporto psico-educativo per la perdita di peso. Il dr. med. \_\_\_\_\_ a, nel suo rapporto finale SMR del 27 giugno 2023 (doc. 40), ha confermato la diagnosi posta dal perito (ICD-10: F33.1), non ha individuato limitazioni funzionali e ha ripreso il grado di incapacità lavorativa del 50% sia nell'attività abituale sia in attività adeguata, intesa come riduzione del tempo e del rendimento, come pure del 20% nelle mansioni consuete, per tutte le attività dal 27 luglio 2020. Il progetto di decisione del 25 ottobre 2023 (doc. 51) ha attribuito all'assicurata una rendita di invalidità del 50% dal 1° luglio 2021, ovvero alla scadenza dell'anno di attesa, ma con versamento dal 1° ottobre 2022 stante la domanda tardiva delle prestazioni (aprile 2022). Nelle sue osservazioni del 10 novembre 2023 (doc. 52) l'assicurata ha contestato che il grado di incapacità sia stato solo del 50%, perché se così fosse stato non avrebbe chiuso la sua attività e avrebbe potuto guadagnare a sufficienza per vivere, mentre in realtà non ha più potuto lavorare perché non riusciva ad uscire di casa né a interagire con le persone e il suo lavoro si svolgeva prettamente all'esterno, con la ricerca di nuovi clienti. Per il dr. med. \_\_\_\_\_ dell'SMR, queste osservazioni non proponevano informazioni di ordine medico (certificati, status, ecc.) da poterle comparare con quanto valutato, perciò non modificavano le conclusioni del suo rapporto finale (doc. 53). Il 17 novembre 2023 (doc. 55) la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha scritto direttamente all'Ufficio assicurazione invalidità, ricordando di avere visto per la prima volta l'assicurata nel 2016 e di averla tuttora in cura, motivo per cui ha espresso delle perplessità sul progetto di decisione. Riguardo alla diffida che ha obbligato l'assicurata a sottoporsi a delle cure, essa ha osservato che ha avuto un impatto negativo. Conoscendo la paziente da diversi anni, la specialista ha confermato la collaborazione dell'assicurata nei confronti del progetto terapeutico e la compliance alle prescrizioni mediche. Gli stati depressivi ricorrenti hanno portato a delle conseguenze note e riconosciute anche dal perito e dall'Ufficio AI che le ha attribuito una rendita di invalidità. L'aumento ponderale è stato anch'esso una conseguenza dello stato depressivo, ma non una causa dell'incapacità lavorativa ed erano al vaglio diverse opzioni per aiutare l'assicurata in un percorso di rieducazione alimentare e per motivarla maggiormente in termini di autostima. Negli anni di cura sono stati intrapresi vari tipi di terapia (psicoterapia psicodinamica, strategie di coping, con approccio comportamentale, sostegno farmacologico). La curante si è detta d'accordo con una nuova rivalutazione terapeutica qualora avesse avuto un senso clinico, tenendo conto della fragilità

dell'interessata e degli effetti secondari delle diverse opzioni farmacologiche tentate negli anni. La terapia in atto sembrava ben tollerata, ma se fosse stato necessario avrebbe sperimentato la sostituzione della cura con molecola SNRI. La diffida intimata all'assicurata di curarsi era perciò inopportuna. La psichiatra ha poi sottolineato che l'assicurata risultava inabile totalmente in qualsiasi attività lavorativa dal mese di luglio 2020 e non parzialmente come concluso dall'Ufficio AI. Nelle annotazioni del 22 novembre 2023 (doc. 56) il Servizio Medico Regionale (dr. med. \_\_\_\_\_) ha affermato che la documentazione medica aggiornata non oggettivava sufficientemente né descriveva uno stato clinico differente da quello già valutato e riportato nel RAF né aggiungeva nuove diagnosi, perciò ha confermato le conclusioni del rapporto finale. La decisione del 23 gennaio 2024 (doc. B), fondandosi sui pareri dell'SMR, ha confermato il diritto a una rendita con grado AI del 50% e la diffida a sottoporsi a delle cure mediche. Con il ricorso l'assicurata ha prodotto il nuovo rapporto della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ reso il 16 febbraio 2024 (doc. C), in cui quest'ultima ha ricordato di averla in cura dal 16 settembre 2015, quando presentava un importante crollo reattivo a marcate difficoltà sul posto di lavoro, intensificato anche dalla concomitante separazione sentimentale dal partner. La curante ha descritto lo status della sua paziente in quel periodo, il suo iter professionale e la terapia adottata (percorso psicoterapeutico e farmacoterapia con Sertralina e Lexotamil), mostrando solo relativi benefici. La presa a carico si era conclusa nel marzo 2017 dopo un lungo periodo di inabilità lavorativa e alla conclusione del rapporto di lavoro. Oltre alla diagnosi di episodio depressivo (ICD-10: F32) era stata posta una diagnosi secondaria di disturbo di personalità instabile di tipo Borderline (ICD-10: F61.31) e su tali aspetti personologici si era focalizzato il percorso psicoterapeutico. A seguito dell'ennesimo litigio con la mamma, nel settembre 2018 l'interessata l'ha ricontattata lamentando una marcata labilità emotiva, idee di morte passive, comportamenti autolesionistici, uno stato ansioso-depressivo evidente. L'assicurata presentava un ritiro sociale grave, una chiusura di tutti i rapporti intrapersonali proiettando all'esterno la responsabilità. In tutti gli ambiti (lavorativo, sentimentale, relazionale, affettivo, sociale) si mostrava in difficoltà. Riusciva a riconoscere l'aspetto depressivo evidente e ha sempre collaborato per gli aspetti affettivi del disturbo depressivo, seguendo le cure farmacologiche prescritte, che però non hanno permesso di oggettivare significativi miglioramenti della deflessione del tono dell'umore. Anche i tentativi di aiutare la paziente a strutturare meglio la sua quotidianità erano apparsi da subito fallimentari a causa della marcata componente ansiosa. Le caratteristiche personologiche si intravedevano chiaramente e la diagnosi era posta come secondaria nell'ambito di un disturbo di personalità con prevalenti aspetti di instabilità, impulsività con elementi aggiuntivi di evitamento, che portava a un continuo rischio di agiti anticonservativi. Questo quadro clinico rientrava nell'ambito del disturbo affettivo dove prevaleva la sintomatologia depressiva, vissuti di fallimento e di inadeguatezza che assumevano un carattere perseverante, slancio vitale ridotto e ritiro sociale. Era pertanto impossibile immaginare un rientro lavorativo e nonostante la certificazione di un'inabilità lavorativa completa a lungo termine l'assicurata non aveva voluto inoltrare richiesta di prestazioni all'assicurazione invalidità. La sua paziente era quindi una persona evidentemente depressa, emotivamente labile, irritabile facilmente, molto stanca a causa della privazione del sonno, si presentava trascurata e in evidente aumento ponderale. Alla semplice osservazione clinica si evidenziavano anche momenti di confusione e di disorganizzazione cognitiva a stampo depressivo che portavano a una ridotta comprensione dei diversi concetti e, di conseguenza, a una scarsa attenzione e concentrazione e allo sviluppo di un pensiero interpretativo. È

stata perciò introdotta una nuova terapia antidepressiva con Escitalopram e avviato un processo di elaborazione dei propri limiti arrivando a un'accettazione dell'inabilità lavorativa totale. Approfondendo l'anamnesi la curante ha evidenziato crolli depressivi ricorrenti e aspetti personologici disfunzionali ormai profondamente radicati, che l'hanno portata a rivalutare la diagnosi psichiatrica e la prognosi nel contesto di un disturbo di personalità che spiegherebbe il percorso complessivo negli anni. L'improvvisa e brusca interruzione della capacità di applicazione e di convivenza con gli altri, sia in ambito affettivo sia professionale, è stata la sintomatologia che ha cambiato il quadro clinico, le proposte farmacologiche e di conseguenza la diagnosi, portando a un evidente e grave peggioramento. Dall'osservazione dell'evoluzione clinica dell'assicurata la curante ha confermato a livello diagnostico sia la sindrome depressiva ricorrente che il disturbo di personalità. Dall'anamnesi personale sono emersi vissuti traumatici sin dalla tenera età, mai trattati a sufficienza in passato, portandola a manifestare una importante diffidenza che l'hanno portata a mettere in atto una serie di comportamenti che prediligono uno stile di vita ritirato, creando dei disagi al lavoro, in famiglia, nelle relazioni intime e di amicizia, conducendosi così all'isolamento sociale. Permaneva un alto rischio di crollo se la paziente fosse stata esposta a situazioni emotivamente cariche e che chiedevano strumenti di applicazione, di cui essa però non disponeva. Quanto alla decisione emessa, l'assicurata ha espresso la sua angoscia in merito a un rientro lavorativo che non riguardava unicamente l'ultimo ambiente di lavoro (assolutamente controindicato), ma qualsiasi altra attività, anche in termini di riqualifica. Per tutti questi motivi, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha concluso che l'assicurata non era in grado di cercarsi da sola un lavoro, né di mantenerlo, presentando un grado di invalidità totale. Chiamato a pronunciarsi su quest'ultimo rapporto medico e sul precedente del 17 novembre 2023, sempre della psichiatra curante, il 27 febbraio 2024 (doc. IV/1) il dr. med. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ li ha analizzati separatamente nel suo complemento peritale. Per quanto concerne il referto del 2023, il perito ha osservato di non avere mai messo in dubbio la compliance terapeutica della paziente ma, anzi, l'ha pure sottolineata al punto 7.2 del suo rapporto peritale. Quanto all'aumento di peso dell'assicurata, anche lo psichiatra nominato dall'Ufficio AI ha ritenuto che andava messo in relazione al disturbo depressivo ricorrente, al disordine alimentare e alle terapie farmacologiche assunte, come indicato al punto 12 del Mini ICF. Inoltre, al punto 8.4 della perizia, in linea con quanto affermato dalla curante, egli ha auspicato un intervento di supporto psico-educativo per sostenere l'interessata a perdere peso e ha consigliato alla collega, ma non preteso, una rimodulazione della terapia che avrebbe potuto migliorare la capacità lavorativa dell'assicurata. Lo psichiatra ha poi puntualizzato di non avere mai messo in dubbio la compliance terapeutica né ha sostenuto che il percorso terapeutico fosse da considerare insufficiente, ma solo in una fase di stallo, con rischio di cronicizzazione, motivo per cui ha consigliato la revisione farmacologica. Riguardo al parere medico del 16 febbraio 2024, il perito ha evidenziato che la psichiatra ha ricostruito nuovamente il consolidato legame terapeutico con l'assicurata introducendo una nuova diagnosi che non era mai stata menzionata nei suoi precedenti rapporti e certificati agli atti e meglio la presenza di un disturbo di personalità instabile di tipo Borderline e dei relativi approcci terapeutici. A questo proposito, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha osservato che oltre a non avere rilevato tale diagnosi nell'incarto dell'Ufficio AI, non ha obiettato tale diagnosi durante la perizia. Infatti, dai referti resi dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ sembrerebbe che la sua paziente avrebbe dapprima manifestato una sindrome da disadattamento, reazione mista ansioso-depressiva dal 29 luglio 2020, che si stava evolvendo in una sindrome depressiva

ricorrente di media gravità (ICD-10: F33.1), come ha indicato il 12 aprile 2022 (doc. 71); in quell'occasione ha pure accennato ad aspetti personologici di evitamento, che peraltro non è un elemento clinico presente nei disturbi di personalità di tipo Borderline; ma soprattutto stante, secondo la curante, la dichiarata presenza sin dal 2017 del disturbo personologico, il perito non riusciva a comprendere perché non sia mai stato menzionato, sia nei rapporti assicurativi sia per l'Ufficio AI, quale tratto impattante sulla capacità lavorativa. Forse perché, anche ipotizzando la sua presenza, che però egli non ha mai obiettato in perizia, non ha mai avuto un impatto sulla capacità lavorativa dell'assicurata, visto che le precedenti inabilità lavorative, risalenti al 2015-2016, sono sempre state rapportate a episodi affettivi depressivi. La ripresentazione nel 2020 ha fatto emergere, sempre in linea con la diagnosi della curante, caratteristiche di ricorrenza (sindrome depressiva ricorrente, quantificabile, dal 29 luglio 2020, di grado medio, come risulta dal rapporto del 17 febbraio 2023 della dr.ssa \_\_\_\_\_). Inoltre, il perito ha ricordato che durante l'iter peritale l'assicurata ha ipotizzato la possibilità di riciclarsi, dal punto di vista lavorativo, almeno parzialmente, in qualità di gestore di casa vacanze, ciò che era in linea con le sue considerazioni e con le conclusioni della sua perizia, ovvero di essere inabile al 50% in tutte le attività lucrative. Egli ha a tal proposito corretto l'indicazione del 60% nel suo rapporto peritale, ribadendo il grado del 50%. Nel suo scritto del 13 marzo 2024 (doc. VIII/1) la ricorrente ha osservato che quando il perito l'ha visitata quest'ultimo non ha potuto notare le sue reazioni quando si trova in una fase acuta, in cui " mi blocco e smetto di funzionare, mi assale l'ansia e non riesco a concentrarmi e ragionare obiettivamente in quei momenti ", poiché il dr.

\_\_\_\_\_ l'ha vista solo per due ore durante una conversazione senza fattori stressanti e venendo meno il rapporto di fiducia che si instaura con il proprio curante, il dialogo fra le parti è rimasto superficiale e non ha toccato argomenti più profondi. La ricorrente ha inoltre rilevato che la perizia è stata eseguita quasi tre anni dopo l'insorgenza dell'inabilità lavorativa e che il perito ha stabilito che era abile al lavoro al 50% anche per il periodo retroattivo da quando è insorta la malattia, circostanza che non riesce a capire, anche perché sia il medico curante sia la psichiatra curante sia ancora il perito dell'assicuratore hanno ritenuto che era totalmente inabile al lavoro. Quanto alle misure per migliorare il suo stato di salute, l'assicurata ha evidenziato di intraprendere una dieta e di sottoporsi, a breve, a delle iniezioni per perdere peso più rapidamente, di uscire di casa una volta alla settimana per fare la spesa e recarsi alle visite mediche e di continuare con la terapia farmacologica (Escitalopram). Ha infine ribadito la richiesta di riconoscerle l'inabilità lavorativa del 100% da ottobre 2022 e di rivalutare la sua capacità lavorativa fra sei mesi viste le cure psichiatriche e dimagranti a cui si sta sottoponendo, essendo sua volontà di ritornare ad essere abile al lavoro al più presto. 2.5. 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). 2.6. 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. CFPG, 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](http://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). 2.7. Nel caso concreto, chiamato a verificare se l'amministrazione ha correttamente concesso all'assicurata il diritto a una rendita di invalidità con grado AI del 50%, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo Tribunale non può confermare la decisione dell'Ufficio AI senza effettuare ulteriori approfondimenti medici per quanto concerne i disturbi psichici tuttora lamentati. Preso atto dal rapporto medico del 17 febbraio 2023 della psichiatra curante secondo cui l'assicurata soffriva di una sindrome depressiva ricorrente, di gravità media (ICD-10: F33.1), il Servizio Medico Regionale ha ritenuto opportuno che un perito valutasse lo stato di salute dell'interessata. Ciò è avvenuto poco dopo, nel corso del mese di maggio, da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia attivo presso il \_\_\_\_\_, che ha visitato l'interessata in due occasioni a distanza di dieci giorni l'uno dall'altro durante due ore la prima volta e 40 minuti la seconda. Il 13 giugno 2023 l'esperto 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 la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di grado medio, con iniziali aspetti di cronicizzazione (ICD-10: F33.1), ribadendola, implicitamente, nel suo complemento peritale del 27 febbraio 2024 con cui ha preso posizione sull'ultimo referto della curante. Nella sua prima valutazione, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha quindi posto la medesima diagnosi individuata dalla psichiatra curante e ha aggiunto che v'erano degli iniziali aspetti di cronicizzazione, visto che il quadro clinico sembrava essersi cristallizzato, tanto che, a suo avviso, questi aspetti avrebbero dovuto essere aggrediti con una revisione della terapia proposta introducendo un SNRI (nдр: inibitore della ricaptazione di serotonina e noradrenalina) e accompagnandolo con un intervento psico-educazionale sull'impatto della malattia e dei farmaci sull'incremento ponderale (vista l'obesità di grado medio). Dalla sua valutazione il perito ha rilevato un quadro clinico coerente e plausibile con la diagnosi, stante un disturbo dell'umore che inficiava l'autostima anche se a livello cognitivo non ha rilevato particolari deficit, ma solo qualche momento in cui la concentrazione e la temporalità degli eventi di vita descritti ha evidenziato difficoltà di memoria. Lo psichiatra ha poi sottoposto l'interessata alla valutazione delle sue risorse e dei deficit secondo lo schema Mini ICF-APP, da cui è emerso che " presenta deficit funzionali di grado almeno moderato in parecchi item (flessibilità, giudizio, persistenza, assertività, contatto con gli altri, integrazione nel gruppo, relazioni intime) e ciò determina accanto alla sintomatologia affettiva depressiva uno scadimento della sua CL, in tutte le attività, anche a livello casalingo; in questo ambito, peraltro, di grado più limitato. " (doc. 39 pag. 14). A ciò si aggiunge che " Stante anche le caratteristiche temperamentali dell'assicurata, che non raggiungono la dignità di categoria diagnostica e che si assommano al quadro affettivo depressivo, sembra poco probabile un qualsivoglia intervento di tipo provvedimento professionale, anche se la perizianda parrebbe avere quale obiettivo, ora non praticabile, l'apertura di una casa vacanze, in un appartamento di proprietà della madre, ma che stante la sintomatologia, non sarebbe in grado, a mio avviso, ora di portare avanti con profitto. " (doc. 39 pag. 14). Per quanto concerne la determinazione della capacità lavorativa, l'esperto nominato dall'Ufficio AI ha concluso che " Dal 29.07.2020, data di partenza dell'attuale IL dell'assicurata, per quanto certificato dalla psichiatra curante, Dr.ssa \_\_\_\_\_, la CL della perizianda va considerata, per la presenza di una sindrome depressiva ricorrente, episodio di grado medio, al 50% (IL 50%), intesa quale riduzione del tempo e del

rendimento, in soggetto da considerare indipendente al 100%, in qualità di broker assicurativo. Nell'attualità non ritengo che in attività adatta e sempre per patologia psichiatrica l'assicurata presenti delle limitazioni della sua CL differenti da quella riscontrata in attività abituale e cioè: CL 50%, IL 50%. In attività casalinga, nella quale la perizianda sembrerebbe riuscire, seppur con dichiarata fatica, a gestire il gattile domestico, procrastinando peraltro lo svolgimento di alcune altre attività di casa, sempre per motivi psichiatrici, presenta una limitazione della sua CL, che quantifico in un 20% (CL 80%, IL 20%); stante la situazione abitativa e la presenza della colonia felina, auspico una indagine UAI sul funzionamento dell'assicurata in ambito domestico. " (doc. 39 pag. 15). Infine, alla domanda sui provvedimenti sanitari e le terapie con ripercussione sulla capacità lavorativa, lo psichiatra ha rilevato che poiché " attualmente la IL al 60% dell'assicurata in tutte le attività è data dal disturbo affettivo maggiore (ricorrente), ma stante che il tratto depressivo, attualmente, nonostante l'assunzione della terapia a base di Escitalopram (ed in precedenza di Sertralina e Trazodone), pare non stia dando risultati, consiglio la rimodulazione da parte della curante della terapia (...) con l'introduzione di un SNRI, quest'ultimo verosimilmente più attivo sugli emergenti sintomi negativi lamentati dall'assicurata, obiettivati in perizia e che facilmente potrebbero portare ad una deriva di cronicizzazione del tratto psicopatologico di base; ciò potrebbe determinare nell'arco di 12-18 mesi un miglioramento della CL di un 20% (CL 70%, IL 30%), in tutte le attività. È altresì auspicabile, un intervento di supporto psico educativo volto a sostenere l'assicurata nella perdita di peso. Con il miglioramento sopra descritto, dal punto di vista medico teorico, potrebbero essere proposti all'assicurata, interventi di tipo professionale e forse aiutarla a concretizzare l'ipotesi di apertura e gestione di una casa vacanze. ". 2.8. D'avviso del TCA, le circostanze appena riportate non portano a concludere, con la necessaria tranquillità, che la capacità lavorativa dell'assicurata debba essere effettivamente ritenuta nel 50% in qualsiasi attività sin dal 29 luglio 2020. In primo luogo, il dr. \_\_\_\_\_, sebbene fosse concorde con la diagnosi posta dalla psichiatra curante non solo che era presente una sindrome depressiva ricorrente, ma anche con il fatto che l'episodio attuale era di grado medio, non ha però motivato la sua conclusione di scostarsi dalla fissazione nel 100% dell'incapacità lavorativa dell'insorgente. Sicuramente andavano invece ben evidenziati gli elementi che l'hanno portato a ritenere che sin dal luglio 2020, ossia da quasi tre anni prima, l'assicurata fosse inabile (soltanto) al 50% in luogo del 100% attestato sin da subito e in modo continuo dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, circostanza che le ha dato diritto di ottenere una rendita del 100% per perdita di guadagno dal suo assicuratore sulla vita. L'esperto doveva quindi mettere in luce gli elementi che gli hanno permesso di scostarsi dal parere della psichiatra curante malgrado la diagnosi posta fosse la stessa - se non, addirittura, la si possa considerare leggermente peggiore, egli avendo, in più, rilevato degli iniziali aspetti di cronicizzazione. Inoltre, lo stesso perito, come rilevato poco sopra, ha evidenziato che l'assicurata presentava dei deficit funzionali di grado almeno moderato in parecchi item , ciò che determinava, unitamente alla sintomatologia affettiva depressiva, uno scadimento della sua capacità lavorativa in tutte le attività. Per il TCA, questa affermazione sembrerebbe lasciare supporre la determinazione di un grado di inabilità lavorativa maggiore di quello poi stabilito. La medesima conclusione vale per le successive affermazioni rese dal perito medesimo, anch'esse riportate poc'anzi, in cui, a causa delle caratteristiche temperamentali dell'insorgente e del quadro affettivo depressivo, sembrava poco probabile un qualsiasi intervento di tipo provvedimento professionale a favore dell'assicurata da parte dell'Ufficio AI. Inoltre, lo specialista stesso ha sottolineato che non era (assolutamente) praticabile

l'apertura di una casa vacanze che l'assicurata pareva avere come obiettivo, non ritenendola, a causa della sintomatologia presente, in grado di portare avanti questa idea, con profitto. Peraltro, nel suo scritto del 13 marzo 2024 prodotto pendente causa, in cui l'assicurata ha affermato che durante i due colloqui avuti con il dr. med. \_\_\_\_\_ non si sono realizzate le condizioni (situazioni di stress o di conflitto) affinché egli potesse prendere atto delle effettive conseguenze che tali situazioni le comportano (si blocca e "smette di funzionare", la assale l'ansia e non riesce più a concentrarsi e ragionare obiettivamente) e che poi si riverberano anche sulla sua capacità lavorativa, in due occasioni la ricorrente ha indicato di essere stata visitata da un perito del suo assicuratore \_\_\_\_\_. Tuttavia, agli atti non v'è traccia di questa valutazione, che sarebbe avvenuta al suo domicilio, in cui pure il medico fiduciario (e non perito), come la sua psichiatra, ha stabilito esservi sin da subito un'inabilità lavorativa del 100%. Anche il medico curante dr.ssa \_\_\_\_\_ avrebbe attestato un'inabilità lavorativa totale, ma dagli atti dell'Ufficio AI nessun certificato medico rilasciato da questa curante è stato acquisito. Considerato che il mandato peritale prevedeva espressamente di definire i periodi e le percentuali di inabilità lavorativa in attività abituale ed adeguata nonché per le funzioni domestiche e di definire gli eventuali limiti se presenti, con la specifica della " L imitazione della richiesta d'esame dell'andamento dell'IL dal 29.07.2020 ", si ritiene che, dato il lungo periodo trascorso di inabilità lavorativa (dal luglio 2020), il perito - visto che non vi ha preliminarmente proceduto l'Ufficio AI in fase istruttoria malgrado l'indicazione che l'inabilità lavorativa era già insorta allora - non si poteva esimere dal raccogliere tutta la documentazione medica esistente presso i curanti (medico internista e psichiatra) e il medico fiduciario dell'assicuratore sulla vita, visto che dagli atti risultava che la ricorrente percepiva una rendita per incapacità al guadagno. Di fronte alla certificazione di un'inabilità lavorativa totale presente dal luglio 2020, ma sopraggiunta per la prima volta già nel 2015, e considerato che la richiesta di prestazioni è stata inoltrata solo nell'aprile 2022, i primi scarni referti della psichiatra curante non erano certo sufficienti per farsi un quadro chiaro della situazione antecedente alla valutazione peritale. Va ricordato, infatti, il certificato medico del 12 novembre 2020 (doc. 1), in cui la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha unicamente attestato che l'assicurata, in cura presso il Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_, risultava inabile all'attività lavorativa nella misura del 100% dal 29 luglio 2020. Poi segue il certificato medico su carta intestata dell'assicuratore sulla vita compilato il 29 dicembre 2021 (doc. 24), in cui la psichiatra curante ha indicato la diagnosi di sindrome da disadattamento, reazione mista ansioso-depressiva (ICD-10: F41.2), che era insorta il 29 luglio 2020, ma che dall'8 settembre 2015 al 31 agosto 2016 l'assicurata era già stata in sua cura, che l'inabilità lavorativa era del 100% dal 29 luglio 2020 e che era auspicabile la ripresa dell'attività lavorativa nell'arco del 2022 stante il piano terapeutico di cure per una ripresa emotiva e di conseguenza anche lavorativa. Per conto dell'assicuratore sulla vita, il 12 aprile 2022 (doc. 71) la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha risposto a un questionario, indicando che l'assicurata soffriva di una " Sindrome mista ansioso-depressiva (F41.2) che si stava evolvendo in una sindrome depressiva ricorrente di media gravità (ICD10 F33.1) ". Alla domanda del perché non c'era stato un miglioramento e un lento reinserimento professionale non aveva ancora potuto iniziare, la curante ha risposto che " Frequenti ricadute depressive, aspetti personologici di evitamento, sintomatologia ansiosa marcata, isolamento sociale, mai raggiunto un benessere tale sufficiente (più situazioni familiari e pandemia) " e che la " scarsa concentrazione, umore deflesso, ansia, difficoltà relazionali, ritiro sociale, scarsa autostima " consistevano in limitazioni legate alla sua attività professionale e quindi a quel momento era inabile al 100% in qualsiasi attività

lavorativa. Il quarto referto della psichiatra curante è il rapporto medico del 17 febbraio 2023 (doc. 32), in cui erano stati ben evidenziati i gradi di inabilità lavorativa precedenti, risalenti al 2015, e la situazione medica, con la sintomatologia attuale, la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente di gravità media, la prognosi sfavorevole per una serie di motivi e quindi l'impossibilità di svolgere un'attività lavorativa, sia quella abituale sia altre. Alla luce di questi certificati, un approfondimento era necessario. A maggior ragione, ciò emerge dall'osservazione del perito resa nel suo complemento peritale, in cui egli ha rilevato che nel suo ultimo rapporto prodotto con il ricorso la psichiatra dell'assicurata ha modificato la diagnosi da ultimo posta, aggiungendovi, sebbene sia stata indicata inizialmente come una diagnosi secondaria, il disturbo di personalità instabile di tipo Borderline (ICD-10: F61.31), facendolo risalire già al 2016-2017, tanto che " su tali aspetti personologici si era focalizzato il percorso psicoterapeutico " (doc. C pag. 2). La curante ha però poi comunque concluso che " Osservando l'evoluzione clinica della Sig.ra RI 1 possiamo confermare a livello diagnostico, sia la Sindrome depressiva ricorrente, che il disturbo di personalità " (doc. C pag. 4), modificando quindi, retroattivamente, le sue precedenti diagnosi. Ora, poiché nel maggio 2023 il dr. \_\_\_\_\_ non ha rilevato alcun tratto tipico di questo disturbo, che in effetti non era mai emerso nei (pochi) referti medici messi a sua disposizione, anche questa situazione necessita di essere approfondita ulteriormente. Considerata infatti la lunga malattia, non si può prescindere dal ritenere che eventi sorti precedentemente al periodo in esame possano avere influito sulle condizioni di salute della ricorrente negli anni seguenti e che quindi possano essere di aiuto per determinare sia il suo stato di salute relativamente alla domanda di prestazioni AI in discussione, sia la sua capacità lavorativa. Tutto ben considerato, stanti le incongruenze rilevate, è dunque indispensabile un più approfondito chiarimento sul quadro clinico dell'insorgente rispettivamente sulla sua capacità lavorativa. 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). Non potendo perciò la scrivente Corte determinare, con indispensabile serenità, le mutate condizioni cliniche della ricorrente, certificate nel 2024 dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, e l'incidenza delle stesse sulla sua capacità lavorativa residua nel periodo che ha preceduto l'emanazione della decisione del 23 gennaio 2024, si impone il rinvio degli atti all'amministrazione affinché interpelli lo stesso perito per chiarire i punti evidenziati (STCA 32.2023.147 del 23 maggio 2024, consid. 2.12; STCA 32.2023.89+90 del 29 aprile 2024, consid. 2.10; STCA 32.2023.61 del 21 dicembre 2023, consid. 2.7; STCA 32.2023.46 dell'11 settembre 2023, consid. 2.9). A questo proposito va rammentato che, di norma, l'incarto può essere rinviato all'Ufficio AI ( DTF 137 V 210) o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano di un complemento (" Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen ") (STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011) , o perché vi sono carenze negli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione (" Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen

Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist”) (STCA 32.23.61 del 21 dicembre 2023, consid. 2.7; STCA 32.2023.46 dell'11 settembre 2023; STCA 32.2023.41 del 2 ottobre 2023; STCA 32.2023.18 del 24 luglio 2023; STCA 32.2021.29 del 30 agosto 2021). 2.9. Alla luce delle considerazioni esposte, la decisione impugnata deve essere annullata e gli atti rinviati all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti medici. 2.10. L'art. 61 lett. a LPGA prevede che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Giusta l'art. 61 lett. f bis LPGA, 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, 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 vanno poste a carico dell'Ufficio assicurazione invalidità e la ricorrente, vincente (il rinvio della causa con esito aperto equivale a piena vittoria: DTF 141 V 281 consid. 11.1; STF 8C\_293/2023 del 10 agosto 2023, consid. 7 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1) e patrocinata in causa, ha diritto a un'indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGA e art. 30 cpv. 1 Lptca).

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