

TI_GERICHTE 32.2023.146 vom 13. November 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-11-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.146

FR: TI_GERICHTE 32.2023.146 du 13 novembre 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.146 del 13 novembre 2023

Erwägungen

E. 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. Nel caso in esame l’11 giugno 2022 l’assicurata ha inoltrato una domanda di prestazioni AI in seguito al sorgere di un’incapacità lavorativa dovuta ad un danno alla salute dal mese di settembre 2021 che ha provocato un’incapacità lavorativa del 60% in qualsiasi attività lavorativa. Ragione per cui il diritto alla rendita sarebbe dopo il 1° gennaio 2022 (cfr. art. 28 cpv. 1 LAI). Visto quanto precede, nel caso concreto è applicabile il nuovo diritto in vigore dal 1° gennaio 2022. 2.2. Secondo l’art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 della LPGGA, 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, secondo questa definizione, sono quindi 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, p. 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 LPGGA). L’incapacità al guadagno è definita all’art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l’assicurato alle cure ed alle misure d’integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l’art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l’incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d’invalidità secondo l’art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è dunque di carattere giuridico economico e 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 LPGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha introdotto 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). Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). 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). 2.3. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid.

E. 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a

servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; 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). 2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il 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; ZAK 1984 pag. 342, 607; 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). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. 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 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, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. 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. Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è 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 TF del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una 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). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2). Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. 2.5. In concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti deve confermare le conclusioni della perizia psichiatrica del _____ del 16 febbraio 2023, ad opera del dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia e sottoscritta anche dalla dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (pag. 99 e seguenti incarto AI). Il referto, allestito dopo una procedura probatoria strutturata, è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. Il perito si è espresso su tutte le patologie lamentate dall'assicurata, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa della ricorrente sulla base delle visite effettuate presso di lui. Al referto va attribuita piena forza probante. Il dr. med. _____, dopo aver visitato l'insorgente il 30 gennaio 2023 (dalle 9.30 alle 11.30) ed il 13 febbraio 2023 (dalle 14.40 alle 15.40), esaminati i rapporti medici agli atti e descritta approfonditamente l'anamnesi (pag. 100-104 dell'incarto AI), ha riportato gli esiti dei test effettuati ed ha proceduto alla valutazione diagnostica (pag. 106-110 incarto AI), spiegando nel dettaglio le ragioni per le quali ha posto la diagnosi con

ripercussioni sulla capacità di lavoro di sindrome post traumatica da stress (ICD10 F.41.1) e la diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro di tratti temperamentali di tipo dipendente, ma che non raggiungono la dignità diagnostica di disturbo personologico (pag. 110 incarto AI). Dopo aver proceduto alla valutazione psichiatrica e medico assicurativa (sintesi della storia personale professionale e sanitaria dell'assicurata e descrizione della sua situazione psichica, sociale e medica attuale; valutazione del percorso precedente di terapie, riabilitazione, provvedimenti di integrazione e discussione sulle possibilità di guarigione; valutazione della coerenza e della plausibilità; valutazione di capacità di risorse e problemi, descrizione di risorse e deficit secondo schema Mini ICF-APP), ha stabilito che l'assicurata dal 13 settembre 2021, data della presa a carico della psichiatra curante, è capace al lavoro in attività abituale al 40% (incapacità lavorativa del 60%), intesa quale riduzione del rendimento e del tempo, "in lavoratrice considerata attiva in qualità di aiuto cucina". Il perito ha affermato che "non esiste a mio avviso nell'attualità un'attività adeguata nella quale l'assicurata potrebbe presentare una CL migliore di quella abituale (CL 40%, IL 60%), sempre a far data 13.09.2021." Il dr. med. _____ ha poi rilevato che "in attività domestica, l'assicurata presenta limitazioni, ma più contenute (...) e la sua CL è da considerarsi al 70% (IL 30%)." Il perito ha poi affermato che utilizzando il farmaco Lamotrigina, con le modalità ivi descritte, si potrebbe assistere "nell'arco di 10-12 mesi, ad un miglioramento della CL della perizianda, in tutte le attività; quantificabile in un 20% (CL 60%, IL 40%). (...) D'altro canto, la perizianda (soggetto senza qualifica professionale) pare disporre di buone risorse residue (come anche confermato dalla curante), che andrebbero rivitalizzate attraverso la partecipazione dapprima ad un corso intensivo di lingua italiana e successivamente a corsi professionalizzanti di base (ad esempio custode o di un corso di aiuto cucina con rilascio di certificati di formazione pratica); tutto ciò potrebbe portare, nell'arco di 10-12 mesi ad una ripresa della CL dell'assicurata di un altro 20% (CL 80%, IL 20%)." Infine il perito ha affermato: "opportuno, poi, il sostegno al graduale inserimento lavorativo in attività adeguate che abbia, almeno in una fase iniziale le caratteristiche seguenti; lo svolgimento di compiti definiti, non troppo vari, che non comportino troppa responsabilità, un luogo piccolo e abbastanza vicino a casa (ad esempio attività di custode in una istituzione pubblica o privata, di piccole dimensioni o in un piccolo ristorante). Necessario, inoltre, un contatto regolare fra la curante e i responsabili del servizio reintegrazione professionale dell'UAI, per adattare tempi e modi del progetto a seconda del suo andamento". Questo TCA non ha alcun motivo per scostarsi dalla valutazione peritale, il cui esito è stato confermato dal medico SMR, dr. med. _____, il 1° marzo 2023 (pag. 115 e seguenti incarto AI). I referti prodotti dalla ricorrente nelle more processuali si esauriscono in due semplici attestazioni di totale incapacità lavorativa, emesse dalla curante, dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il 23 novembre 2023 (doc. C) ed il 2 ottobre 2023 (doc. E2), senza alcuna spiegazione in merito e senza indicare alcunché circa la diagnosi, la prognosi, l'anamnesi e senza apportare elementi medici oggettivi atti a sovvertire il contenuto della perizia del _____. Alla ricorrente va ricordato 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 (cfr. STF 9C_178/2024 del 28 marzo 2024, con rinvio alla STF 9C_96/2022 dell'8 agosto 2022, consid. 6.3; STF 9C_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; sulla prudenza dell'opinione del medico curante a causa dei particolari legami che ha con il paziente: DTF 125 V 351 consid. 3b/cc; STF 9C_337/2023

del 22 agosto 2023 consid. 3.3.2). Inoltre, relativamente alla diversa valutazione della capacità lavorativa dei curanti, essa è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti: a scopo di trattamento piuttosto che di perizia (cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). In queste condizioni va confermato che l'insorgente è completamente inabile in qualsiasi attività lavorativa nella misura del 60% dal 13 settembre 2021, con possibilità di miglioramento secondo quanto indicato dal perito. 2.6. Va ora esaminato se a giusta ragione l'Ufficio AI ha ritenuto la ricorrente quale casalinga. Nel caso in cui l'assicurato svolge (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) soltanto a tempo parziale un'attività lucrativa o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI, secondo cui l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPG. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo l'art. 28a cpv. 2 LAI. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'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. 2.7. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, occorre ogni volta chiedersi cosa avrebbe fatto la persona assicurata senza il danno alla salute (STF 9C_612/2023 del 3 aprile 2024, consid. 8 con rinvio alla DTF 137 V 334, consid. 3.2). Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa (STF 9C_612/2023 del 3 aprile 2024, consid. 8 con rinvio alla DTF 144 I 28, consid. 2.4). Per concretizzare la valutazione occorre prendere in considerazione la situazione finanziaria dell'economia domestica, l'educazione dei figli, l'età della persona assicurata, le sue qualifiche professionali, la sua formazione, le sue affinità e la personalità dell'assicurato (STF 9C_612/2023 del 3 aprile 2024, consid. 8 con rinvio alla DTF 137 V 334, consid. 3.2). Occorre pure accertare se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 60-62 e Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, pag. 190). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer/Reichmuth, op. cit., pagg. 312-313; Blanc, op. cit., pag. 190-191). In una recente sentenza 9C_612/2023 del 3 aprile 2024, concernente una rifugiata eritrea nata nel 1973, arrivata in Svizzera nel luglio 2014 ed ammessa provvisoriamente nel marzo 2016, che il Tribunale cantonale aveva ritenuto salariata al 35% e casalinga al 65%, il Tribunale federale ha accertato che l'interessata andava invece considerata solo quale salariata, affermando al consid. 8: " (...) En l'espèce, n'accordant pas ou que peu de poids à la situation financière (précaire) et familiale (sans obligation parentale contraignante) de la recourante, à sa volonté (constante) exprimée de travailler à plein temps ou à l'augmentation progressive de son taux d'occupation, qu'il avait pourtant dûment constatés, le tribunal cantonal s'est finalement fondé sur les seuls critères de l'absence de connaissance du français ainsi que de formation et le manque d'intégration pour retenir un statut mixte de

personne active à 35 % et de ménagère à 65 %. Sur la base de cette appréciation, qui doit être qualifiée de sélective et d'arbitraire, des faits (sur cette notion, cf. ATF 140 III 264 consid. 2.3; 139 III 334 consid. 3.2.5 et les références), les premiers juges n'ont pas cherché à déterminer ce que l'assurée aurait fait si elle avait été en bonne santé, mais se sont bornés à entériner la situation effective, c'est-à-dire de retenir le taux d'activité mis concrètement en valeur par la recourante alors qu'elle était déjà atteinte dans sa santé, ce qui est contraire à l'évaluation hypothétique exigée sous l'angle juridique. Il est certes possible que les difficultés linguistiques et le manque d'intégration (critères au demeurant contestés) ainsi que l'absence de formation aient pu influencer négativement la possibilité d'augmenter le taux d'occupation. Ces éléments ne permettent toutefois aucunement de conclure au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 137 V 334 consid. 3.2 in fine) que, compte tenu de leur existence, l'assurée se serait contentée de travailler à 35 % et de s'occuper de son ménage pour le surplus, si elle était restée en bonne santé. Il convient dès lors de reconnaître à la recourante un statut de personne active à plein temps.”

2.8. Nella presente fattispecie l'Ufficio AI ha ritenuto la ricorrente quale casalinga. L'assicurata contesta tale valutazione, rilevando di aver da ultimo lavorato per il marito nella sua attività di ristoratore. In concreto, dalle tavole processuali emerge che l'interessata, nata nel 1978, ha frequentato le scuole dell'obbligo in _____ dal 1984 al 1989 (pag. 30 incarto AI). In seguito, mentre seguiva i corsi di scuola media, ha esercitato l'attività di operaia in una fabbrica tessile tra i 14 ed i 16 anni (pag. 8 incarto AI) e poi di contadina dai 16 anni al mese di novembre 2018 presso i suoi genitori in _____ (pag. 8 incarto AI e perizia pag. 102 incarto AI: “ [...] L'assicurata ha iniziato a lavorare durante le scuole medie (a 12-13 anni), nel campo tessile “impacchettavo, confezionavo” capi di abbigliamento. “era pesante come lavoro; un giorno era libero”; sarebbe stato svolto per tre anni; in seguito ha fatto la contadina fino al matrimonio; il lavoro nell'agricoltura era gradito: “coltivavamo uva, ulivi, pistacchi e noci”). La ricorrente, entrata in Svizzera, a _____, il _____ 2018, è coniugata dal _____ 2019 (pag. 4 incarto AI) e nel 2019 è stata iscritta alla Cassa di compensazione AVS quale persona senza attività lucrativa (pag. VI/1). In seguito, insieme al marito si è trasferita in Ticino (perizia, pag. 102 incarto AI: “ [...] “abbiamo visto in Internet un negozio in affitto e abbiamo pensato ad avere una nostra attività, come ristoratori”. Il marito in precedenza lavorava in una fabbrica con orari pesanti e questo: “non faceva bene a noi” e si sono trasferiti in Ticino: “anche per stare insieme”. L'inizio dell'attività risalirebbe all'estate di tre anni fa: “era un ristorante vegetariano, era un lavoro che non avevo mai fatto; servizio bar, piatti differenti rispetto a quelli a cui ero abituata”. Riferisce inoltre che il cognato sarebbe proprietario di una fabbrica a _____ di alimenti vegetariani: “ma noi due non siamo vegetariani e quando abbiamo visto il negozio vuoto, abbiamo pensato di offrire ai clienti i prodotti vegetariani; l'attività: “che abbiamo aperto con tanto entusiasmo e ci siamo dati da fare, ma poi è arrivato il Covid; era tutto bello, specialmente la clientela, perché sono speciali; ci hanno voluto bene; poi abbiamo avuto problemi con il padrone del negozio [...]”). Nella richiesta di prestazioni la ricorrente ha precisato di aver svolto l'attività di aiuto cucina da gennaio 2020 a marzo 2021, quando ha smesso a causa di depressione, ansia, insonnia e incubi insorti in seguito all'aggressione subita dal marito nel loro locale adibito a ristorante (cfr. pag. 8 incarto AI; pag. 103 incarto AI: “ [...] la video camera avrebbe registrato e la persona coinvolte nell'aggressione: “era un tipo che veniva nel ristorante e all'inizio ci aveva aiutato e aveva fatto da tramite quando abbiamo affittato il negozio”; in seguito questa persona sarebbe stata fermata dalla Polizia, interrogato e avrebbe detto che: “l'aveva incaricato il padrone di

casa; c'è stato il processo, che non è finito". Il padrone di casa non si sarebbe presentato all'udienza e anche l'aggressore avrebbe avuto un ictus e anche lui non avrebbe presenziato al processo che: "abbiamo vinto; dovevamo ricevere un risarcimento, ma per ora nessuna ha pagato". Dal momento dell'aggressione non ha più lavorato perché: "ho paura della gente, di stare a casa da sola e non voglio che mio marito vada da qualche parte senza di me e non ho voglia di fare niente"). Il 28 giugno 2022 la ricorrente, nel curriculum vitae, circa le ricerche di impiego, ha affermato: " non ho potuto cercare lavoro, perché sono inabile per lavoro, 100%, solo ho potuto frequentare corso italiano A1 in settembre inizio A2 " (pag. 33 incarto AI). Il 25 luglio 2022 la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha precisato che l'insorgente, inabile al lavoro dal 13 settembre 2021 al 100% in ogni attività, ha sviluppato un " grave stato depressivo reattivo a trauma subito x aggressione grave subita dal marito (...)" e alla questione di sapere di quali informazioni dispone circa la situazione personale dell'assicurata, ha indicato: " aiuto cucina – cameriera " (pag. 38-39 incarto AI). Il 22 settembre 2022, _____ della _____ (Canton _____), ha affermato di essersi occupato dell'allestimento della contabilità " per l'attività di indipendente del Signor _____ marito della Signora RI 1 e tengo a precisare che la stessa ha, per il periodo di attività del marito era presente aiutando il marito con una presenza al 100% [sic!] sul posto ma non aveva nessun contratto. La sua attività era di aiuto al marito " (pag. 55 incarto AI). Il 30 settembre 2022 la _____, ditta del marito, ha indicato che l'assicurata ha lavorato dal 19 novembre 2019 al 3 marzo 2021 e che ha cessato l'attività in seguito all'infortunio del marito derivante dall'aggressione subita nel marzo 2021. Ella lavorava 9 ore al giorno quale aiuto cucina-cameriera (pag. 59 incarto AI). Va qui abbondanzialmente rilevato che in una recensione del _____ del mese di _____ su _____ figura: " Sono stata diverse volte con i miei figli in questo ristorante... L'atmosfera è semplice, i proprietari (una coppia) sono gentilissimi (...)" (sottolineatura del redattore; _____, consultato il 7 maggio 2024). Nell'ambito della perizia la ricorrente, come visto, ha descritto la sua attività (" era un ristorante vegetariano, era un lavoro che non avevo mai fatto: servizio bar, piatti differenti rispetto a quelli a cui ero abituata (...). Noi abitavamo sopra il ristorante e praticamente vivevamo nel negozio, anche domenica lavoravamo "). Il perito ha parlato con la curante, dr.ssa med. _____: " Dal punto di vista psico-sociale mi ha riferito un buon funzionamento della sua assistita, soprattutto quando ha vissuto a _____, dove il marito sarebbe stato co-titolare, con il fratello, di un'azienda che produceva prodotti vegani/vegetariani. Anche dopo l'arrivo in Ticino e l'inizio dell'attività di ristorazione la situazione sociale e psicologica della paziente sarebbe stata nella norma, sino all'insorgenza e alla crescente conflittualità con il padrone dei muri del ristorante/negozio e della soprastante abitazione, esitata nell'aggressione del 04.03.2021 " (pag. 108 incarto AI) e " nel colloquio telefonico con lo scrivente del 31.01.2023 segnala un lieve miglioramento della sintomatologia, che ora parrebbe non impattare totalmente sulla CL della sua paziente e auspica un intervento professionale degli uffici preposti dell'AI, tale da favorire un suo graduale reinserimento lavorativo, anche in ragione della giovane età della perizianda e dell'assenza, per ora, di evoluzione verso la cronicizzazione del tratto psicopatologico che l'affligge " (pag. 109 incarto AI). In una nota del 13 giugno 2023 l'Ufficio AI ha rilevato che " contrariamente a quanto indicato nel mandato per SMR del 24.10.2022, nonostante l'A. abbia dichiarato di aver lavorato come aiuto cucina per il marito per 50-60 ore alla settimana, non avendo pagato alcun contributo sociale e non essendo mai stata iscritta come persona con attività lucrativa, si ritiene corretto considerare la stessa casalinga al 100% " (doc. pag. 119 incarto AI) ed ha fatto

allestire un'inchiesta per economia domestica (pag. 119 incarto AI), dove, circa la formazione scolastica e professionale, figura: “ Aiuto cucina presso il bar del marito, _____, Il locale a suo ricordo è stato aperto nel periodo tra novembre 2019 e marzo 2021. La signora RI 1 afferma che era attiva sette giorni su sette. Sono segnalati problemi, conflitti e aggressioni con il locatore dello spazio, I coniugi a colloquio riferiscono che a loro insaputa il ristorante non possedeva i permessi per l'attività gastronomica. È stata svolta una denuncia per aggressione ” (pag. 126 incarto AI). Alla questione “ se non fosse intervenuto il danno alla salute, la persona assicurata eserciterebbe oggi un'attività lucrativa? ”, figura: “ per quanto riguarda la valutazione dello status si rimanda alla nota all'incarto del 13.06.2023 ” (pag. 126 incarto AI).

2.9. Come visto sopra, secondo la giurisprudenza, per determinare lo statuto di un'assicurata, occorre esaminare se essa, da sana, avrebbe consacrato l'essenziale della sua attività all'economia domestica o ad un'occupazione lucrativa alla luce della sua situazione personale, familiare, sociale e finanziaria (DTF 130 V 393 consid. 3.3. pag. 396 e sentenze citate). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurata, che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Occorre inoltre rilevare che, secondo la giurisprudenza, le dichiarazioni fornite dall'assicurata stessa durante la procedura amministrativa costituiscono un mezzo di prova pertinente, al fine di dedurre quale sia la volontà ipotetica in merito al tasso di occupazione che ella avrebbe adottato in assenza del danno alla salute. Questo Tribunale, alla luce della giurisprudenza suesposta e delle tavole processuali, per i motivi che seguono, in applicazione del principio della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 con riferimenti), ritiene che l'assicurata, senza il danno alla salute, avrebbe continuato a lavorare. L'insorgente, sin dalla richiesta di prestazioni AI e senza cadere in contraddizione, ha coerentemente affermato che, dopo aver lavorato dapprima quale operaia ed in seguito quale contadina presso i suoi genitori in _____ fino al mese di novembre 2018, dopo essere arrivata in Svizzera, a _____, ed essersi iscritta nel 2019 quale persona senza attività lucrativa, ha aiutato suo marito nella gestione di un'attività nell'ambito della ristorazione, a partire dal mese di gennaio 2020 e fino alla chiusura, avvenuta nel marzo 2021, a causa dell'aggressione da lui subita e apparentemente sfociata in un procedimento penale nei confronti dei due presunti autori. La ricorrente, coniugata dal _____ 2019, senza figli, che non ha riferito precedenti significative relazioni affettive (cfr. perizia _____, pag. 102 incarto AI) e che si trova in una situazione economica difficile, ha sempre indicato che la causa della cessazione dell'attività lucrativa era il danno alla salute e che senza di esso, avrebbe continuato a lavorare. Questo Tribunale non ignora che tra la chiusura dell'attività, il 3-4 marzo 2021 e l'inizio dell'incapacità lavorativa, il 13 settembre 2021 (cfr. comunque attestato del 23 novembre 2023 della dr.ssa med. _____ dove figura: “ inizio cura dal 18/8/21 ”), sono passati alcuni mesi nel corso dei quali l'interessata non ha svolto alcuna attività e, apparentemente, neppure si è data da fare per cercarla. Tuttavia, non va dimenticato che la medesima assicurata ha precisato di non aver cercato il lavoro a causa dell'insorgere della sindrome post traumatica da stress (ICD 10 F 41.1), attestata sia dalla curante, dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, sia dal perito dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, ed insorta proprio a causa dell'aggressione subita dal marito nel mese di marzo 2021 (Perizia del _____, pag. 110-111 incarto AI). Inoltre dagli atti non emerge che in passato la ricorrente abbia mai svolto l'attività di casalinga. Quanto alla circostanza che l'interessata ha esercitato l'attività

in favore del proprio coniuge a titolo gratuito e che non risulta il pagamento di contributi sociali quale lavoratrice, va rilevato che questa ipotesi è prevista sia dalla LAVS che dalla LAI. Infatti, secondo l'art. 3 cpv. 3 lett. b LAVS, si ritiene che paghino contributi propri, qualora il coniuge versi contributi pari almeno al doppio del contributo minimo, gli assicurati che lavorano nell'azienda del proprio coniuge, se non riscuotono alcun salario in contanti. Per l'art. 28a cpv. 3 LAI, se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, il grado d'invalidità per questa attività è valutato secondo l'articolo 16 LPGa. Secondo questo Tribunale, di conseguenza, gli elementi dell'incarto fanno concludere che senza il danno alla salute l'insorgente avrebbe lavorato (cfr. STF 9C_612/2023 del 3 aprile 2024, consid. 8). Ne segue che la qualifica di casalinga dell'assicurata non può essere confermata. 2.10. Alla luce di quanto sopra, la decisione impugnata deve essere annullata e l'incarto rinviato all'Ufficio AI affinché completi l'istruttoria considerando la ricorrente quale salariata. L'amministrazione dovrà in particolare sottoporre gli atti al consulente in integrazione per accertare le attività nelle quali l'interessata può sfruttare al meglio la sua capacità lavorativa residua, stabilire se sono possibili misure di reintegrazione, come auspicato anche dalla curante, dr.ssa med.

_____ (cfr. perizia, pag. 108 incarto AI) e procedere al calcolo dell'eventuale grado d'invalidità. A questo scopo occorrerà pure tenere conto delle conclusioni del perito, secondo cui " il trattamento psicofarmacologico antidepressivo (a base di Fluoxetina e ora sospeso, su consiglio del gastroenterologo), andrebbe ripristinato, introducendo, a mio avviso un SNRI (ad esempio Venlafaxina, da utilizzare, se tollerato, a dosaggi significativi); molecola meno impattante, a mio avviso, sulla funzionalità gastroenterica rispetto all'SSRI, prescritto precedentemente, o ancor meglio utilizzando Lamotrigina, in monoterapia, o con funzione di augmentatio dell'SNRI e con ciò potremmo assistere, nell'arco di 10-12 mesi, ad un miglioramento della CL della perizianda, in tutte le attività, quantificabile in un 20% (CL 60%, IL 40%). Potrebbe inoltre essere utile un approccio psicoterapeutico (...). D'altro canto, la perizianda (soggetto senza qualifica professionale) pare disporre di buone risorse residue (come anche confermato dalla curante), che andrebbe rivitalizzata attraverso la partecipazione dapprima ad un corso intensivo di lingua italiana e successivamente a corsi professionalizzanti di base (ad esempio custode o di un corso di aiuto cucina con rilascio di certificati di formazione pratica); tutto ciò potrebbe portare, nell'arco di 10-12 mesi ad una ripresa di CL dell'assicurata di un altro 20% (CL 80%, IL 20%) " (pag. 114 incarto AI).

2.11. Secondo 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 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso (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]), le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico dell'UAI, che verserà alla ricorrente, patrocinata in causa da un avvocato, le ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa), ciò che rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio formulata nel ricorso (DTF 124 V 301 consid. 6; STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5).