



---

Corte III  
C-174/2019

## **Sentenza del 24 luglio 2020**

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Caroline Bissegger,  
cancelliere Oliver Engel.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_, (Italia)  
rappresentata dal Patronato INAS, c/o OCST,  
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli  
assicurati residenti all'estero UAIE,**  
autorità inferiore.

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità; domanda di rendita  
(decisione del 23 novembre 2018).

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_, cittadina italiana, sposata, con figli, nata il (...) 1969, ha lavorato come cucitrice/sarta sia in Italia, sia come frontaliera in Svizzera, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Da ultimo è stata alle dipendenze della B.\_\_\_\_\_ di (...) (C.\_\_\_\_\_) dal 15 aprile 2013 fino al 31 luglio 2015. In seguito non ha più ripreso un'attività lavorativa (cfr. doc. 1 e segg.).

**A.a** A partire dal 2004 l'assicurata soffre di artrite reumatoide, motivo per cui si è dovuta sottoporre a diversi interventi chirurgici, di cui si dirà nei considerandi in diritto (cfr. doc. 1 e segg., segnatamente doc. 57). Dal 3 febbraio 2015, l'assicurata è stata dichiarata inabile al lavoro per malattia, a causa di una riacutizzazione – a decorrere da dicembre 2014 – dei sintomi dell'artrite reumatoide (cfr. doc. 1 e segg., in particolare anche doc. 18).

**B.**

**B.a** In data 16 giugno 2015, l'assicurata ha trasmesso all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del cantone C.\_\_\_\_\_ (UAI-C.\_\_\_\_\_) il formulario per la richiesta di integrazione professionale/rendita dell'assicurazione per l'invalidità (doc. 5 e segg.).

**B.b** Durante l'istruttoria, l'autorità inferiore ha assunto agli atti i referti medici trasmessi dall'interessata ed ha fatto esperire accertamenti specialistici in ambito reumatologico e psichiatrico, con i quali è stata confermata la diagnosi di artrosi reumatoide ed è stata attestata una totale inabilità nella precedente attività di cucitrice a partire da febbraio 2015 ed una capacità lavorativa in attività adeguate del 50% da febbraio 2015 a fine agosto 2016 e del 40% a decorrere da settembre 2016 (cfr. in particolare doc. 65, 120 e 127).

**B.c** Con rapporto del Servizio medico regionale (SMR) del 4 giugno 2018, il dott. D.\_\_\_\_\_, medico generalista, ha confermato le diagnosi e le incapacità lavorative attestate dagli specialisti in reumatologia e psichiatria incaricati dall'autorità inferiore (doc. 130).

**B.d** Con progetto di decisione del 22 agosto 2018, l'amministrazione ha prospettato all'assicurata il respingimento della domanda di rendita. Tenuto conto dei periodi di incapacità lavorativa attestati dai medici, dal confronto

dei redditi risulterebbe difatti un grado d'invalidità del 23% da febbraio 2015 ad agosto 2016 e del 39% a partire da settembre 2016 (doc. 136).

**B.e** Con osservazioni del 18 settembre 2018, l'assicurata ha integralmente contestato il progetto di decisione, trasmettendo ulteriore documentazione medica, di cui si dirà nei considerandi in diritto (doc. 139).

**B.f** Preso atto della documentazione medica trasmessa, con annotazione SMR del 26 ottobre 2018, il dott. D. \_\_\_\_\_ ha confermato le conclusioni del rapporto finale del 4 giugno 2018 (doc. 140).

**B.g** Con decisione del 23 novembre 2018, l'UAIE ha respinto la domanda di rendita dell'interessata in ragione di un grado d'invalidità inferiore al minimo legale del 40% necessario per ottenere tale prestazione (doc. 49).

### **C.**

**C.a** Con atto del 9 gennaio 2019, confermato e completato il 20 maggio 2019, l'interessata ha inoltrato ricorso contro la summenzionata decisione dell'UAIE dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) mediante il quale si è doluta di un insufficiente accertamento dei fatti dal profilo medico ed ha chiesto di esser posta al beneficio di almeno una rendita con un grado di invalidità (recte: incapacità lavorativa) del 100% nella sua precedente attività e non inferiore al 70% in attività adeguate, formulando inoltre una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali (doc. TAF 1 e 11).

**C.b** Nella risposta al ricorso, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. Rinviando al preavviso dell'UAI-C. \_\_\_\_\_ del 9 luglio 2019 e all'annotazione SMR del 2 luglio 2019, l'autorità inferiore ha osservato come i nuovi referti medici prodotti dalla ricorrente non attestino fatti nuovi rispettivamente modifiche significative dello stato di salute suscettibili di giustificare una diversa valutazione del caso dell'assicurata rispetto a quanto determinato con la decisione impugnata (doc. TAF 13).

**C.c** Con replica del 19 agosto 2019, completata il 30 settembre 2019, la ricorrente si è riconfermata nel proprio gravame. Essa ha trasmesso un ulteriore rapporto medico della dott.ssa E. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, del 23 settembre 2019, di cui si dirà nei considerandi in diritto (doc. TAF 19 – 21).

**C.d** Con duplice del 2 giugno 2020, l'UAIE ha nuovamente chiesto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata, considerato come la nuova documentazione medica non attesta una nuova condizione patologica non nota in precedenza o un peggioramento rispetto al quadro clinico già valutato dal medico SMR ma al contrario evidenzia un miglioramento del quadro infiammatorio (doc. TAF 24).

**C.e** Il 10 giugno 2020, è stata accordata alla ricorrente la facoltà d'inoltrare, nel termine di 30 giorni a decorrere da quello successivo alla notificazione del menzionato provvedimento, eventuali osservazioni alla duplice (doc. TAF 25).

**C.f** Il 9 luglio 2020, l'insorgente ha inoltrato le osservazioni alla duplice, mediante le quali ha segnalato, in sostanza, che il rapporto della dott.ssa E. \_\_\_\_\_ del 23 settembre 2019 (già prodotto in corso di procedura [doc. TAF 21]) rileva certo un miglioramento del quadro infiammatorio, ma non del danno tendineo. Ha dunque confermato le conclusioni ricorsuali precedentemente formulate (doc. TAF 27).

## **Diritto:**

### **1.**

**1.1** Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la propria competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii).

**1.2** Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

**1.3** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

**1.4** Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica

(art. 59 LPGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA), risultando pertanto ammissibile.

## **2.**

**2.1** La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681 [DTF 143 V 81, in particolare consid. 8.1]).

**2.2** L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

**2.3** Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

**2.4** Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C\_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

**2.5** Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

### **3.**

**3.1** Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

**3.2** Nell'evenienza concreta, la domanda di prestazioni è stata presentata il 16 giugno 2015 e quindi di principio si applicano al caso di specie le nuove norme in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore), così come le ulteriori modifiche entrate in vigore successivamente e fino alla pronuncia della decisione impugnata.

**3.3** Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

#### **4.**

**4.1** In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

**4.2** L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni cumulative:

- a. la sua capacità di 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 di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e
- c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

**4.3** L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

**4.4** 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 cpv. 1 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. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è oggettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

## **5.**

**5.1** Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1; 125 V 351 consid. 3).

**5.2** Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 231 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]).

**5.3** In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere 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 il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi

per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**5.4** Per quel che riguarda le perizie di parte, il TF ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

**5.5** In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

## **6.**

**6.1** Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGa), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (sentenza del TF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9 con rinvio).

**6.2** Una perizia psichiatrica è, di regola, necessaria quando si tratta di pronunciarsi sull'incapacità lavorativa che i disturbi da dolore somatoforme rispettivamente le patologie assimilate a questi ultimi, quali la fibromialgia, sono in grado di causare (DTF 137 V 64 consid. 4 e 5 e 130 V 353 consid. 2.2.2). Sebbene la diagnosi di fibromialgia sia posta da uno specialista reumatologo, occorre pure esigere il concorso di uno specialista in psichiatria, tanto più che i fattori psicosomatici hanno un'influenza determinante sullo sviluppo di detta patologia. Una perizia pluridisciplinare che tenga conto sia degli aspetti reumatologici che degli aspetti psichici sembra costituire

di principio una misura d'istruzione adeguata al fine di stabilire se l'assicurato presenta uno stato doloroso di una gravità tale che la messa a profitto della sua capacità al lavoro in un mercato del lavoro equilibrato non sia più esigibile o lo sia solo parzialmente (DTF 132 V 65 consid. 4.3).

**6.3** Secondo una giurisprudenza del Tribunale federale, risalente al 2004, i disturbi da dolore somatoforme ed i disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi potevano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili e non erano atti a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettibile di cagionare un'invalidità. In tale ambito, una persona era ritenuta incapace di fare simili sforzi ed era considerata invalida solo qualora presentava una comorbidità psichica importante ed adempiva determinati criteri (detti di Förster; DTF 132 V 65 consid. 4 e 130 V 352 consid. 2.2.3).

**6.4** Con la sentenza 9C\_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza, abbandonando la presunzione secondo cui i disturbi da dolore somatoforme possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile da parte della persona che ne è affetta (questa presunzione implicava peraltro il presupposto che l'incapacità di compiere simili sforzi comportava sempre e solo una completa incapacità al lavoro; DTF 141 V 281 consid. 3.4.2.2) e stabilendo che la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di disturbi da dolore somatoforme oppure di un'affezione psicosomatica assimilata a questi ultimi (DTF 141 V 281 consid. 4.2) deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti normativa strutturata atta a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 3.4, 3.5 e 3.6).

**6.5** Il Tribunale federale ha stabilito degli indicatori per la valutazione del carattere invalidante delle affezioni psicosomatiche, suddividendoli in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3):

**A. Categoria "gravità funzionale"**

**a. Complesso "danno alla salute"**

- i. Risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi
- ii. Successo od insuccesso del trattamento
- iii. Successo od insuccesso della reintegrazione
- iv. Comorbidità

**b. Complesso "personalità" (diagnosi della personalità, risorse personali)**

c. Complesso "contesto sociale"

B. Categoria "coerenza" (aspetti del comportamento)

- a. Limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili
- b. Sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione.

Gli indicatori della categoria "gravità funzionale" costituiscono la base della valutazione del caso concreto, le cui conclusioni dovranno poi essere analizzate nell'ambito della valutazione del caso secondo gli indicatori della categoria "coerenza", tenendo altresì conto delle circostanze particolari della fattispecie. Il catalogo di indicatori è peraltro destinato a modificarsi in relazione agli sviluppi delle conoscenze scientifiche (DTF 141 V 281 consid. 4.1.1 e 4.3).

**6.6** Per quanto attiene ai menzionati indicatori per la valutazione del caso, il Tribunale federale ha ritenuto che bisogna tener conto maggiormente degli effetti delle affezioni psicosomatiche sulla capacità della persona di esercitare il proprio lavoro e di compiere gli atti della vita quotidiana. Nell'ambito della diagnosi, si dovrà prendere in considerazione il fatto che una diagnosi di disturbo da dolore somatoforme implica un certo grado di gravità (DTF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). Lo svolgimento e l'esito dei trattamenti terapeutici e delle misure di reintegrazione professionale forniranno altresì delle indicazioni sulle conseguenze delle affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). Bisognerà prendere in considerazione anche le risorse personali della persona in rapporto alla sua personalità ed al contesto sociale in cui vive (DTF 141 V 281 consid. 4.3.2 e 4.3.3). Sarà altresì determinante la questione di sapere se le limitazioni funzionali si manifestano nello stesso modo in tutti gli ambiti della vita (lavoro e tempo libero) e se la sofferenza implica il ricorso alle offerte terapeutiche esistenti (DTF 141 V 281 consid. 4.4 a 4.4.2).

**6.7** Il Tribunale federale ha comunque sottolineato che la nuova giurisprudenza non implica alcuna modifica del presupposto, di cui all'art. 7 cpv. 2 LPG, secondo cui sussiste un'incapacità al guadagno suscettibile di cagionare un'invalidità soltanto se la stessa non è obiettivamente superabile. La nuova giurisprudenza non pregiudica altresì la necessità di riscontri oggettivi. Le valutazioni e le limitazioni soggettive che non sono spiegabili dal profilo medico non potranno essere considerate quali danni alla salute invalidanti, fermo restando che in tali casi di frequente non è seguito alcun trattamento adeguato (DTF 141 V 281 consid. 3.7.1). Pertanto, il Tribunale

federale ha confermato che occorre partire dal principio che la persona che soffre di un'affezione psicosomatica è da considerarsi siccome valida (DTF 141 V 281 consid. 3.7.2).

**6.8** Il Tribunale federale ha poi precisato che, dal profilo medico, deve essere spiegato per quale motivo le limitazioni funzionali riscontrate giustificano una limitazione della capacità lavorativa, conto tenuto dello sforzo di volontà ragionevolmente esigibile, secondo gli indicatori stabiliti (sentenza del TF 9C\_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 3.2). Un disturbo da dolore somatoforme od una patologia psicosomatica assimilata a quest'ultimo comportano un'invalidità, nella misura in cui le limitazioni funzionali di uno stato di salute accertato dal profilo medico sono dimostrate, secondo gli indicatori stabiliti, in modo convincente e senza contraddizioni, perlomeno nel senso della verosimiglianza preponderante. In caso contrario, la persona assicurata sopporta le conseguenze dell'assenza di prova (DTF 141 V 281 consid. 6 e sentenza del TF 9C\_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 3.2).

**6.9** Quanto agli effetti transitori della nuova giurisprudenza, il Tribunale federale ha osservato che, in analogia a quanto già ritenuto nella DTF 137 V 210, le perizie mediche eseguite secondo i precedenti criteri non perdono necessariamente il loro valore probatorio. Nel singolo caso, occorre però esaminare, conto tenuto delle particolarità del caso e delle censure sollevate, se i documenti medici agli atti permettono una valutazione convincente del caso secondo gli indicatori stabiliti. Se del caso, un complemento della perizia medica può essere sufficiente (DTF 141 V 281 consid. 8).

**6.10** Una procedura probatoria strutturata, secondo la DTF 141 V 281, non è necessaria se l'incapacità lavorativa è negata sulla base di rapporti con forza probante allestiti da medici specialisti e se eventuali valutazioni contrarie non hanno valenza probatoria, per esempio perché i referti provengono da medici senza qualifica specialistica o perché vi sono altre ragioni (DTF 143 V 409 consid. 4.5).

## **7.**

**7.1** Questo Tribunale rileva preliminarmente che è incontestato che la precedente attività di cucitrice svolta dalla ricorrente non è più esercitabile, al più tardi a partire dal 3 febbraio 2015, a causa delle affezioni di cui soffre (cfr. segnatamente doc. 65, 120 e 130). Per conseguenza, e non sussistendo sul punto alcun motivo per un intervento d'ufficio da parte di questo

Tribunale, può essere ritenuta anche in questa sede processualmente dimostrata, nel senso della probabilità preponderante, un'incapacità lavorativa del 100% per la ricorrente nella sua precedente attività.

## 7.2

**7.2.1** Nel caso di specie, occorre tuttavia esaminare se l'autorità inferiore ha, a giusto titolo o meno, ritenuto l'insorgente abile a svolgere un'attività sostitutiva adeguata al 50% da febbraio 2015 a fine agosto 2016 e al 40% a decorrere da settembre 2016, oppure se la capacità lavorativa in tali attività sia del 30% al massimo, come sostenuto dalla ricorrente.

**7.2.2** Con perizia reumatologica dell'11 maggio 2016, il dott. F.\_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, ha posto le diagnosi di artrite reumatoide erosiva, esiti di tre interventi chirurgici alla mano destra ed esiti di intervento al IV dito della mano sinistra su tenosinovite nel 2009. Lo specialista ha inoltre precisato che la malattia è progressivamente peggiorata, che la ricorrente non poteva più esercitare la precedente attività di cucitrice da febbraio 2015 e che in un'attività adeguata leggera (tipo telefonista) era abile al 50% a partire da febbraio 2015 (doc. 65).

**7.2.3** Con rapporto medico del 31 gennaio 2017, il dott. G.\_\_\_\_\_, reumatologo, ha confermato che l'assicurata soffre di artrite reumatoide dal 2004, che la precedente attività di cucitrice non era più esigibile ma che in attività adeguate era possibile contare su una ripresa dell'attività (doc. 102).

**7.2.4** Con perizia reumatologica del 27 dicembre 2017, il dott. F.\_\_\_\_\_, ha riscontrato un peggioramento funzionale ed ha posto le seguenti diagnosi:

Diagnosi dal punto di vista specialistico con influsso sulla capacità lavorativa:

Artrite reumatoide erosiva siero positiva erosiva su/con:

- stato dopo trattamento con Enbrel, e MTX (nel 2008);
- stato dopo trattamento con Orencia (dicembre 2009) sospeso per reazione allergica;
- stato dopo trattamento con Adalimumab (Humira) sospeso per fenomeno di sgancio;

- attuale terapia Rituximab 1000 mg ogni 6 mesi, MTX 10 mg cp alla settimana e Plaquenil 200 mg 1 cp;

Esiti di tre interventi chirurgici alla mano destra con trasportazione di tendini dal 2007 al 2012;

Esiti di intervento al IV dito della mano sx su tenosinovite nel 2009;

Sindrome algica diffusa su probabile origine medicamentosa (Mabthera).

Diagnosi dal punto di vista specialistico senza influsso sulla capacità lavorativa: nessuna.

Il perito ha poi indicato che dal lato strettamente reumatologico, a partire dal febbraio 2015 l'assicurata restava inabile al lavoro al 100% nella sua ultima attività lavorativa. In un'attività lucrativa confacente e rispettosa delle sue risorse, nello specifico un'attività fisicamente leggera senza il sollevamento di carichi pesanti, evitando il sollevamento di carichi sopra il livello delle spalle e/o braccia elevate, evitando di camminare per lunghi tratti, evitando attività da svolgere in luoghi umidi, freddi e con sbalzi di temperatura, nonché attività ripetitive con movimenti di flessione-estensione delle dita, il medico ha attestato – a partire da settembre 2016 – un rendimento massimo del 40% sull'arco della giornata lavorativa di otto ore.

Il perito ha infine osservato che l'umore è spostato verso il polo negativo e che i dolori lamentati dall'assicurata potrebbero essere dovuti ad una sindrome fibromialgica generalizzata e che a tal proposito si imponeva una visita aggiuntiva presso una specialista in psichiatria perché un'eventuale comorbidità psichiatrica (in casu fibromialgia) potrebbe ulteriormente compromettere la residua capacità lavorativa (doc. 120).

**7.2.5** Con perizia psichiatrica del 15 marzo 2018, la dott.ssa H. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha indicato che non erano riscontrabili diagnosi dal punto di vista psichiatrico e che per quanto riguarda la capacità lavorativa per i soli aspetti psichiatrici, la stessa appariva completa in qualsiasi attività anche come casalinga. La prognosi era comunque incerta, dipendendo la stessa strettamente dall'evoluzione dell'artrite reumatoide e dalla possibilità che le cure proposte possano ridurre la sintomatologia dolorosa. Inoltre l'interessata assumeva medicinali suscettibili di avere effetto negativo sul tono dell'umore (vedi ad esempio Methotrexate, cortisonici). All'epoca, secondo la perita, l'assicurata disponeva ancora di risorse psichiche sufficienti per affrontare la situazione, ma non poteva venir escluso che il persistere del quadro algico e clinico che nell'ultimo anno era peggiorato, come attestato dal perito reumatologo, potesse esaurire

tali risorse, con conseguenze negative sulla salute psichica con sviluppo di quadri psicopatologici di tipo depressivo aventi un influsso sulla CL (leggi: capacità lavorativa [doc. 127]).

**7.2.6** Con rapporto SMR del 4 giugno 2018, il dott. D. \_\_\_\_\_, medico generalista, ha confermato le diagnosi e le incapacità lavorative attestate dagli specialisti F. \_\_\_\_\_ e H. \_\_\_\_\_ (doc. 130).

**7.2.7** Con referto del 1° agosto 2018, la dott.ssa E. \_\_\_\_\_, dell'Ospedale I. \_\_\_\_\_ di (...), ha posto le diagnosi di artrite reumatoide con screzio connettivtico non adeguatamente controllata dalla terapia con sinovite erosiva IV raggiomano a sinistra; sindrome algo disfunzionale e osteopenia. Essa ha inoltre precisato che in assenza di ulteriori opzioni terapeutiche si prosegue con Mabthera 1000 mg secondo schema fino a 6 mesi dall'ultima somministrazione di RTX (doc. 138).

**7.2.8** Con annotazione SMR del 26 ottobre 2018, il dott. D. \_\_\_\_\_ ha indicato che la documentazione medica prodotta non permetteva di modificare le conclusioni del suo precedente rapporto, che per conseguenza andava confermato (doc. 140).

**7.2.9** Con referto del 15 novembre 2018, la dott.ssa E. \_\_\_\_\_ ha confermato le diagnosi poste in precedenza ed indicato di proseguire la terapia in corso. Essa ha inoltre richiesto un'ecografia alla spalla destra con visita ortopedica (doc. TAF 11).

**7.2.10** Con breve referto del 7 gennaio 2019, il dott. L. \_\_\_\_\_, del M. \_\_\_\_\_, specialista in diagnostica per immagine, ha rilevato che dall'ecografia muscolotendinea della spalla destra è osservabile un aspetto disomogeneo degenerativo del tendine sovraspinato con fissurazione sul versante articolare, senza alterazioni dei restanti tendini della cuffia e del capo lungo del bicipite, assenza di borsiti e regolare trofismo muscolare (doc. TAF 11).

**7.2.11** Con annotazione SMR del 2 luglio 2019, il dott. D. \_\_\_\_\_ ha dettagliatamente preso posizione in merito ai referti dei dott. E. \_\_\_\_\_ e L. \_\_\_\_\_, confermando integralmente le valutazioni mediche poste alla base della decisione impugnata (doc. TAF 13).

**7.2.12** Con referto del 23 settembre 2019, la dott.ssa E. \_\_\_\_\_ ha confermato la diagnosi di artrite reumatoide dal 2004, complicata da screzio connettivtico con lesione vasculitiche. Essa ha poi indicato che negli anni

la paziente è stata trattata con molteplici farmaci, poi sospesi per perdita di efficacia o reazione avversa, e che dall'ottobre 2018 è stato somministrato un nuovo farmaco, ottenendo un miglioramento del quadro infiammatorio (doc. TAF 21).

**7.2.13** Con annotazione SMR del 22 maggio 2020, il dott. D. \_\_\_\_\_ ha indicato che la nuova documentazione medica non attesta una nuova condizione patologica ma al contrario essa riferisce di un miglioramento del quadro infiammatorio ed ha pertanto confermato le sue precedenti prese di posizione (doc. TAF 24).

#### **7.2.14 Valutazione dal profilo reumatologico**

Questo Tribunale rileva che in merito alla capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate, giova osservare che l'aspetto reumatologico è stato approfondito a due riprese dal perito incaricato dott. F. \_\_\_\_\_, il quale ha diagnosticato un'artrite reumatoide erosiva siero positiva, esiti di tre interventi chirurgici alla mano destra (con trasportazione di tendini), esiti di intervento al IV dito della mano sinistra ed una sindrome algica diffusa su probabile origine medicamentosa (Mabthera). Egli ha poi indicato che in un'attività lucrativa confacente e rispettosa delle sue risorse da febbraio 2015 l'assicurata presentava una capacità lavorativa del 50% ed a partire da settembre 2016 un rendimento massimo del 40% sull'arco della giornata lavorativa di otto ore (cfr. doc. 65 e 120).

Dai documenti trasmessi dalla ricorrente, ed in particolare dai referti del 1° agosto 2018 (doc. 138), del 15 novembre 2018 (doc. TAF 11) e del 23 settembre 2019 (doc. TAF 21) della dott.ssa E. \_\_\_\_\_, risulta che la reumatologa curante ha posto le diagnosi di artrite reumatoide con screezio connettivico non adeguatamente controllata dalla terapia con sinovite erosiva IV raggiomano a sinistra; sindrome algo disfunzionale e osteopenia; confermando in sostanza quanto rilevato dal dott. F. \_\_\_\_\_ e senza attestare nuove patologie o un (ulteriore) significativo peggioramento delle stesse e soprattutto senza esprimersi in merito alla conseguente incapacità lavorativa. Pertanto, non risulta essere stato prodotto agli atti di causa, un rapporto di uno specialista reumatologo da cui emerga un peggioramento dello stato di salute dell'insorgente o un'indicazione, tanto meno motivata e convincente, circa un'incapacità lavorativa superiore a quella attestata dal perito incaricato dall'UAI-C. \_\_\_\_\_ e confermata a più riprese anche dal dott. D. \_\_\_\_\_ del SMR (doc. 130 e 140 e doc. TAF 13). Per conseguenza, questo Tribunale non rileva alcuna ragione per dubitare rispettiva-

mente scostarsi dalle valutazioni dello specialista neutro incaricato dall'autorità inferiore e del medico SMR, i quali – a partire da settembre 2016 – hanno peraltro riconosciuto un peggioramento dello stato di salute dell'interessata con conseguente aumento del grado di incapacità lavorativa dal 50% al 60% in attività adeguate. A tali referti va riconosciuto pieno valore probatorio.

### **7.2.15 Valutazione dal profilo psichiatrico**

Per quel che attiene invece all'aspetto psichiatrico (v. perizia psichiatrica della dott.ssa H. \_\_\_\_\_ del 15 marzo 2018), la specialista ha rilevato che la ricorrente si presentava combattiva verso le difficoltà e che di fronte alla diagnosi di una malattia degenerativa accertata da oltre dieci anni non ha presentato scivolamenti ansiosi o depressivi, mostrando piuttosto un atteggiamento propositivo e tentando di riprendere l'attività lavorativa ogniqualvolta la problematica reumatologica si riduceva di intensità. Essa ha pure indicato che l'insorgente presentava ancora delle risorse personali di resilienza e di risorse esterne, quali un buon supporto familiare a livello emotivo e pratico, e di non aver riscontrato segni riconducibili ad un disturbo somatoforme. La specialista ha dunque concluso che non erano emersi elementi sufficienti per soddisfare una qualsiasi diagnosi di disturbo psichiatrico secondo l'ICD-10, con conseguente piena capacità lavorativa in qualsiasi attività (doc. 127). Va ancora rilevato che in concreto l'esecuzione di una procedura probatoria strutturata ai sensi della giurisprudenza di cui alla DTF 141 V 281 non era necessaria in quanto l'incapacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico si fonda su dei referti dettagliati e completi, nei quali la perita ha sostanzialmente preso posizione in maniera esaustiva in merito al danno alla salute, tra l'altro svolgendo dettagliati esami strumentali e indicando che non erano riscontrabili diagnosi con codice ICD, tematizzando le possibilità di successo dei trattamenti disponibili, così come gli effetti congiunti ed i possibili sviluppi delle affezioni. La psichiatra si è pure chinata in maniera approfondita sulla questione delle risorse dell'insorgente e della facoltà di riprendere un'attività lavorativa alla luce dei limiti funzionali del caso concreto. Non è pertanto necessario nel caso di specie né di fare esperire una nuova perizia pluridisciplinare, né di richiedere un complemento alla perizia del 15 marzo 2018, perizia a cui può essere attribuito, nella sostanza, pieno valore probatorio, considerato altresì che, dal canto suo, l'insorgente non ha mai fatto valere problematiche psichiatriche o contestato la valutazione in questione, né tantomeno ha prodotto un referto specialistico attestante una rilevante problematica psichiatrica e/o fibromialgica. Ciò premesso, non soccorre la ricorrente il fatto che la perita abbia indicato pro futuro che la prognosi appariva incerta e di non poter

escludere, in caso di persistenza del quadro algico e clinico, un esaurimento delle risorse della ricorrente aventi influsso negativo sulla salute psichica e influsso sulla capacità lavorativa. Una siffatta futura, ma ad oggi incerta, valutazione potrà se del caso giustificare una nuova domanda di rendita. Conto tenuto di quanto suesposto, questo Tribunale non ravvisa alcun motivo per mettere in dubbio le conclusioni cui è giunta l'autorità inferiore in virtù segnatamente delle menzionate perizie, le quali si fondano su informazioni fornite dalla persona esaminata, sull'esame del quadro clinico della ricorrente, sulle risultanze delle visite dell'insorgente nonché sulla documentazione medica agli atti. I referti in questione contengono un'introduzione, l'anamnesi, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni della peritanda, la diagnosi nonché la discussione. Inoltre, nella sostanza già adempiono i criteri posti dalla giurisprudenza del Tribunale federale per vedersi attribuito pieno valore probatorio ai sensi della DTF 141 V 281. Tali perizie possono pertanto senz'altro essere considerate un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute della ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività lavorativa adeguata.

### **7.3 Conclusione dal profilo medico-teorico**

Questo Tribunale può pertanto confermare la valutazione dell'autorità inferiore secondo la quale in attività sostitutive adeguate l'insorgente presentava un'incapacità lavorativa del 50% a partire da febbraio 2015 e del 60% a partire da settembre 2016. Su questo punto la decisione impugnata va tutelata e il ricorso respinto.

## **8.**

**8.1** Occorre altresì esaminare la correttezza del grado d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

**8.2** A tal proposito, giova rilevare che nel provvedimento impugnato l'autorità inferiore ha negato il diritto ad una rendita raffrontando un reddito da valido di CHF 31'816.- con un reddito da invalido – tenuto conto di una capacità lavorativa ridotta dapprima al 50% e poi al 40% e di un'ulteriore riduzione giurisprudenziale del 10% – di CHF 24'460.- rispettivamente di CHF 19'568.- e constatando per conseguenza il mancato raggiungimento del grado minimo del 40% per l'ottenimento di una rendita AI svizzera.

### 8.3

**8.3.1** Risulta tuttavia necessario precisare che secondo giurisprudenza, allorquando il reddito da valido è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente e la persona assicurata, per motivi non imputabili all'invalidità (quali scarsa formazione scolastica, formazione professionale carente, conoscenze linguistiche lacunose, limitate possibilità di assunzione a causa dello statuto di stagionale rispettivamente problematiche legate al mercato del lavoro), ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media e non vi è motivo di ritenere che fosse intenzionata ad accontentarsi di un reddito modesto, si procede ad un parallelismo dei due redditi di paragone (sentenze del TF 9C\_112/2012 del 19 novembre 2012 consid. 4.4 e 9C\_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 6.2 e 6.4; DTF 135 V 58 consid. 3.1 e DTF 134 V 322 consid. 4.1, 5.2 e 6.2). Il TF ha precisato che un reddito è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente, allorquando il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore. Pertanto, il parallelismo dei redditi di paragone va effettuato soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297 consid. 6.1.2). Laddove un reddito da invalido di fascia media è realisticamente conseguibile rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media (per motivi economici) non deve essere adattato al livello medio (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 e 3.4.4; cfr. pure sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013 consid. 4.4). Il TF ha altresì precisato che non occorre procedere ad un parallelismo dei due redditi di paragone qualora la persona assicurata si è accontentata, volontariamente e senza necessità economiche, di un reddito più basso di quello che avrebbe potuto pretendere e non sussistono indizi secondo cui la persona assicurata medesima, senza il danno alla salute, avrebbe rinunciato all'attività in questione in favore di un lavoro meglio remunerato (sentenze del TF 9C\_520/2012 del 20 agosto 2012 e 9C\_409/2009 dell'11 dicembre 2009 consid. 3.3; cfr. anche sentenza del TF I 644/06 del 15 febbraio 2007 consid. 5.2).

**8.3.2** In merito alla nozione relativa al fatto che l'assicurato "non si sia accontentato" del salario percepito prima dell'invalidità di cui alla giurisprudenza sopra menzionata (sentenze del TF 9C\_520/2012 del 20 agosto 2012; 9C\_409/2009 dell'11 dicembre 2009 consid. 3.3; I 644/06 del 15 febbraio 2007 consid. 5.2 [conto tenuto che, secondo giurisprudenza, non vi è una presunzione in tal senso; cfr. sentenza del TF 9C\_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 4.2 con rinvii]), incombe all'Ufficio AI incaricato dell'istruttoria di esaminare se l'assicurato si è accontentato di una retribuzione più modesta di quella che avrebbe potuto pretendere (sentenza del TF

9C\_409/2009 dell'11 dicembre 2009 consid. 3.3). Questa circostanza deve essere appurata con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (sentenza del TF 9C\_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 4.2 con rinvii). Nella presente fattispecie, l'autorità inferiore non si è chinata in maniera approfondita sulla questione di sapere se l'assicurata ha rinunciato, o meno, ad un salario più elevato. Non risulta dagli atti nessun accertamento specifico in tal senso, fermo restando che, in ogni caso, non può essere a priori ammesso che, in ragione del semplice statuto di frontiera, si debba o possa presumere che l'insorgente si sia accontentata spontaneamente della retribuzione ricevuta.

**8.3.3** Per conseguenza, in considerazione del fatto che in concreto un parallelismo dei redditi sarebbe suscettibile di far raggiungere alla ricorrente un grado di invalidità pensionabile – si ricorda che in tale ambito andrebbe confrontato il reddito ottenibile nella categoria industrie tessili/abbigliamento nel 2016 secondo la TA1  $[4'213 \times 12 / 40 \times 41.7 = 52'704.63]$  con il reddito da valido incontestato di CHF 31'816.- con conseguente differenza del 39.63%, dal quale secondo la succitata giurisprudenza del TF andrebbe dedotto il 5%  $[52'704.63 - 31'816]: 52'704.63 \times 100 = 39.63 > 5\%$  – si impone l'annullamento della decisione impugnata, fondata – in violazione del diritto federale – su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, con rinvio della causa all'autorità inferiore, per procedere a verificare la necessità di operare un eventuale parallelismo dei due redditi di paragone, dopo avere istruito la causa sulla questione secondo la pertinente giurisprudenza (cfr. consid. 8.3.1 e 8.3.2 del presente giudizio).

## 9.

**9.1** Quando il TAF annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-1446/2013 del 16 ottobre 2014 consid. 8.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale. Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento alla necessità di operare nel caso concreto un parallelismo dei redditi di paragone. Inoltre, l'UAIE dovrà procedere con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute della ricorrente dovesse ancora rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione.

**9.2** Peraltro, e in siffatte circostanze, nulla – neppure la più recente giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) – si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza di tali accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sull'incidenza effettiva delle affezioni di cui soffre la ricorrente sul suo grado di invalidità. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (segnatamente quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto l'esperimento di ulteriori accertamenti mai effettuati e chiaramente necessari per potersi determinare nel caso in esame con cognizione di causa (DTF 137 V 2010 consid. 4.4.1.4) e che peraltro l'autorità inferiore avrebbe già dovuto eseguire prima di emanare la decisione impugnata, gli elementi per dover agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa prima dell'emanazione della decisione impugnata (cfr. il considerando 8.3 del presente giudizio). Peraltro, il Tribunale federale ha già avuto modo pure di precisare che in virtù dell'art. 43 LPGA, nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro, sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione (non senza qualche limitazione: cfr. DTF 137 V 210) sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii [cfr. anche sentenza del TAF C- 1722/2015 del 16 gennaio 2019 consid. 11.2 con rinvii]).

**9.3** Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4), dal momento che nella decisione impugnata del 23 novembre 2018 è stata respinta la domanda della ricorrente tendente all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

**10.**

**10.1** Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA).

**10.2** Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. TS-TAF [RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per completamento istruttorio e nuova decisione). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 1'000.- tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante della ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

**10.3** La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali (cfr. atto ricorsuale, pag. 4), è pertanto divenuta priva di oggetto (cfr. sulla questione, fra le tante, la sentenza del TAF C-3748/2015 dell'11 febbraio 2019 consid. 14.3 con rinvio).

(dispositivo alla pagina seguente)

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è accolto nel senso che la decisione del 23 novembre 2018 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi del considerando 8.3.

**2.**

**2.1** Non si prelevano spese processuali.

**2.2** L'UAIE rifonderà alla ricorrente CHF 1'000.- a titolo di spese ripetibili.

**3.**

La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali, è divenuta priva d'oggetto.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (Atto giudiziario),
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; Raccomandata; allegato: osservazioni alla duplice dell'insorgente del 9 luglio 2020 [per conoscenza]),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata).

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Vito Valenti

Oliver Engel

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

**Rimedi giuridici:**

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notifica, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 segg., 90 e segg. e 100 LTF. Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: