



---

Corte III  
C-2616/2021

## **Sentenza del 10 giugno 2022**

---

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),  
Caroline Bissegger, Caroline Gehring,  
cancelliere Graziano Mordasini.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
patrocinata dall'avv. Cesare Lepori,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

assicurazione invalidità, diritto alla rendita e a provvedimenti  
professionali (decisione del 30 aprile 2021).

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

A. \_\_\_\_\_, cittadina italiana, nata il (...) 1970, coniugata, con due figli, residente in Italia, frontaliere, ha lavorato in Svizzera dal 2005 al 2006 in qualità di operaia, nel periodo 2013-2015 quale collaboratrice domestica presso diverse famiglie, nonché dal 1° aprile 2015 in qualità di baby-sitter e collaboratrice domestica presso la famiglia B. \_\_\_\_\_ (36 ore settimanali dal 1° gennaio 2018 [9 ore/giorno per 4 giorni], fino al 31 maggio 2019; 18 ore settimanali dal 1° giugno 2019 [4,5 ore/giorno per 4 giorni]; doc. 1, 4, 8-10 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

Essa ha ridotto l'attività lavorativa (dall'80% al 40%) dal 1° giugno 2019 in seguito all'insorgenza di granulomatosi con poliangoite, per la quale è stata ospedalizzata dal 19 luglio al 1° agosto 2019 (allegato al doc. UAIE 18), nonché tra il 26 giugno e il 3 luglio 2020 (allegato al doc. UAIE 71). Dal 31 ottobre 2019, data a partire dalla quale sono entrati in vigore gli effetti della disdetta del contratto di lavoro, ha interrotto lo svolgimento di attività lucrativa (doc. UAIE 63).

**B.**

**B.a** In data 3 giugno 2019 A. \_\_\_\_\_ ha formulato all'attenzione dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone C. \_\_\_\_\_ (Ufficio AI) una richiesta volta all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. UAIE 1).

**B.a.a** Ai fini istruttori l'Ufficio AI ha assunto agli atti, oltre al questionario per il datore di lavoro del 17 giugno 2019 (doc. UAIE 8), i certificati medici del dott. D. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna, reumatologia e farmacologia, del 30 gennaio 2017, 25 febbraio 2017 e 26 gennaio 2019 (doc. UAIE 2), i rapporti del dott. E. \_\_\_\_\_, specialista in urologia, del 1° giugno 2019 (allegato al doc. UAIE 14) e 1° settembre 2019 (allegato al doc. UAIE 33), i rapporti del dott. F. \_\_\_\_\_, specialista in malattie infettive, del 24 luglio 2019 (doc. UAIE 17), 1° agosto 2019 (allegato al doc. UAIE 18) e 14 febbraio 2020 (allegato al doc. UAIE 50), quelli del dott. G. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia presso l'ospedale H. \_\_\_\_\_ di I. \_\_\_\_\_, di data intercorrente tra agosto 2019 e settembre 2021 (allegato al doc. UAIE 18, allegato al doc. UAIE 26, allegato al doc. UAIE 50, allegato al doc. UAIE 71, allegato al doc. UAIE 102, allegati al doc. TAF 27 pag. 83-114), i rapporti della dott.ssa L. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, del 16 settembre 2019 (allegato al doc. UAIE 31), 16 dicembre 2019

(allegato al doc. UAIE 45) e 23 dicembre 2021 (allegato al doc. TAF 27 pag. 80-82), il referto della dott.ssa M.\_\_\_\_\_, specialista in otorinolaringoiatria, del 24 settembre 2020 (allegato al doc. UAIE 87), la relazione di dimissione ospedaliera del dott. N.\_\_\_\_\_, specialista in otorinolaringoiatria, del 12 ottobre 2020 (allegato al doc. UAIE 102), il rapporto del 16 novembre 2020 del dott. O.\_\_\_\_\_, specialista in neurochirurgia, (allegato al doc. UAIE 102), che attesta l'esistenza di un meningioma intracranico, nonché numerosi referti strumentali relativi al periodo luglio 2019-settembre 2020 (doc. UAIE 17, allegato al doc. UAIE 18, allegato al doc. UAIE 26, allegato al doc. UAIE 45, allegato al doc. UAIE 71, allegato al doc. UAIE 79, allegato al doc. UAIE 80, allegato al doc. UAIE 84).

**B.a.b** L'Ufficio AI ha inoltre assunto agli atti i rapporti di P.\_\_\_\_\_, consulente in integrazione professionale dell'Ufficio AI, del 28 settembre 2020 (doc. UAIE 86) e 8 gennaio 2021 (doc. UAIE 112), così come il rapporto di inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica redatto da Q.\_\_\_\_\_, operatrice sociale presso l'Ufficio AI, del 15 ottobre 2020 (doc. UAIE 89), che ha stabilito un grado di invalidità nelle mansioni abituali pari al 54,62%.

## **B.b**

**B.b.a** Tramite annotazione del 9 settembre 2019 (doc. UAIE 29) il dott. R.\_\_\_\_\_, del servizio medico regionale (SMR), specialista in chirurgia generale, riferendosi alla documentazione medica relativa alla degenza ospedaliera del luglio 2019, ha posto la diagnosi principale di vasculite autoimmune con esordio in una granulomatosi di Wegener (eseguita solo su biopsia che, a suo dire, non figura nell'incarto), che prevede una terapia orale con corticosteroidi associata ad una immuno-terapia-soppressiva, analoga a quella eseguita in caso di trapianto di organo. Egli ha considerato l'attività abituale di baby sitter non più esigibile e potenzialmente " pericolosa " per il rischio di contrarre infezioni.

**B.b.b** Con rapporto finale del 6 aprile 2020 (doc. UAIE 55) il dott. R.\_\_\_\_\_, fondandosi sulla documentazione medica prodotta dall'assicurata, ha diagnosticato, con effetto sulla capacità lavorativa, vasculite autoimmune con esordio in granulocitosi di Wegener in trattamento immunosoppressivo e attestato un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale di baby-sitter e ausiliaria di pulizia dal 1° febbraio 2017 al 19 marzo 2017 e dal 1° giugno 2019. Il medico ha altresì attestato un'incapacità lavorativa totale dal 1° febbraio al 19 marzo 2017, una capacità lavorativa totale dal giorno successivo al 31 maggio 2019 e del 50% dal 1° giugno 2019 sia in

attività sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali descritte a pag. 3 che nelle mansioni consuete (con limitazioni).

**B.b.c** Secondo il dott. R. \_\_\_\_\_ (annotazione del 27 ottobre 2020 [doc. UAIE 92]) la nuova documentazione prodotta dall'assicurata relativa a diagnosi riguardanti ginocchia e spalla in corso di procedura (segnatamente nell'estate 2020) non modificava le conclusioni tratte nel rapporto finale del 6 aprile 2020 (consid. B.b.b), ritenuto che la capacità lavorativa già attestata era compatibile con tali affezioni. Dal controllo sarebbe inoltre emersa una fase di stabilità della malattia reumatologica. Ha infine precisato che per l'economia domestica vale quanto attestato nell'inchiesta domiciliare che si allinea con quanto giudicato in precedenza dal SMR.

**B.b.d** Nell'annotazione del 18 dicembre 2020 (doc. UAIE 110) ha ritenuto di poter ribadire le conclusioni di cui al rapporto del 6 aprile 2020 essendo in particolare l'intervento chirurgico ambulatoriale ORL espletato per la patologia di lieve entità senza ripercussioni cliniche.

### **C.**

**C.a** Mediante progetto di decisione del 15 gennaio 2021 (doc. UAIE 113) l'Ufficio AI ha valutato il diritto a prestazioni in base al metodo misto, considerando l'assicurata salariata nella misura dell'80% e casalinga del 20%. Esso ha ripreso le conclusioni del SMR quo alla capacità lavorativa residua e prospettato il rifiuto della richiesta di rendita. L'amministrazione ha da un lato stabilito un grado di invalidità del 32,82% come salariata, calcolato in base ad un reddito da valida di fr. 39'000.- (per attività a tempo pieno) e ad un reddito teorico da invalida di fr. 26'201.52.- (capacità lavorativa residua del 50% e deduzione pari al 5% per attività leggere) relativi al 2019. Dall'altro l'Ufficio AI ha attestato un grado di invalidità del 54,62% nella gestione dell'attività domestica (casalinga).

L'amministrazione ha quindi concluso che il grado d'invalidità complessivo, in funzione dell'impedimento nell'esercizio di un'attività lucrativa e nello svolgimento dell'attività di casalinga, era del 37,18%, arrotondato al 37%  $[(0,8 \times 32,82) + (0,2 \times 54,62)]$ . Infine l'Ufficio AI non ha ritenuto adempiuti i presupposti per il riconoscimento del diritto a provvedimenti professionali.

**C.b** Con osservazioni cautelative del 12 febbraio 2021 (doc. UAIE 118), per il tramite dell'avv. Cesare Lepori, l'assicurata si è opposta al progetto di decisione, sostenendo che a fronte di una capacità lavorativa massima del 50% in attività adeguate vi dovrebbe essere un'invalidità del 50%. Al

riguardo egli contesta altresì il reddito da invalido e l'ammontare della deduzione che considera pari almeno al 10%. A sostegno delle proprie argomentazioni ha prodotto il rapporto del dott. G. \_\_\_\_\_ del 17 febbraio 2021, in cui sono state elencate le varie diagnosi (allegato al doc. UAIE 119).

**C.c** Secondo il dott. R. \_\_\_\_\_ (annotazione dell'8 marzo 2021 [doc. UAIE 121]) la documentazione prodotta non modifica le conclusioni tratte nei rapporti ed annotazioni del 9 settembre 2019 (consid. B.b.a), 6 aprile 2020 (consid. B.b.b), 27 ottobre 2020 (consid. B.b.c) e 18 dicembre 2020 (consid. B.b.d), nonché nel rapporto di inchiesta domiciliare del 15 ottobre 2020 (doc. UAIE 89). Ha quindi precisato che non si segnalano peggioramento o nuove patologie atte a modificare la situazione. Egli ha inoltre ribadito che la diagnosi principale (granulomatosi di Wegener) che ha determinato l'influsso sulla capacità lavorativa non è ancora stata dimostrata tramite esame istopatologico e ne ha richiesto la produzione (cfr. consid. B.b.a).

**C.d** All'invito rivoltagli dall'Ufficio AI di trasmettere la suddetta documentazione (doc. UAIE 122), mediante scritto del 12 aprile 2021 l'assicurata ha indicato di non essere ancora stata sottoposta ad alcun esame in questo ambito (doc. UAIE 123).

**C.e** Con decisione del 30 aprile 2021 (doc. UAIE 126) l'UAIE, riprendendo le argomentazioni e le conclusioni di cui al progetto di decisione dell'Ufficio AI del 15 gennaio 2021 (consid. C.a), ha rifiutato il diritto ad una rendita di invalidità e ritenuto non attuabili provvedimenti d'integrazione professionale.

## **D.**

**D.a** Il 2 giugno 2021, sempre per il tramite dell'avv. Cesare Lepori, A. \_\_\_\_\_ ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale, postulando la riforma della decisione impugnata e il riconoscimento di una mezza rendita AI con un grado di invalidità pari ad almeno il 57%. L'insorgente ha altresì chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria (doc. TAF 1). Delle motivazioni si dirà nei considerandi di diritto (consid. 5.2.1).

**D.b** Con decisione incidentale del 10 settembre 2021 la giudice dell'istruzione ha accolto la domanda di assistenza giudiziaria e di gratuito patrocinio formulata dalla ricorrente nel gravame (doc. TAF 12).

**E.**

Mediante risposta del 14 settembre 2021 (doc. TAF 14) l'UAIE, richiamate l'annotazione SMR del 22 luglio 2021 e il preavviso dell'Ufficio AI dell'8 settembre 2021 (allegati al doc. TAF 14), ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. Dei motivi si dirà, se necessario, nei considerandi di diritto (consid. 5.2.2).

**F.**

Mediante replica del 22 ottobre 2021 l'insorgente si è riconfermata nelle argomentazioni esposte nel ricorso, ribadendo altresì la disponibilità a sottoporsi all'esame istopatologico richiesto dall'amministrazione, nonché alla trasmissione dell'intera cartella clinica da parte del dott. G.\_\_\_\_\_. Essa ha inoltre prodotto la documentazione medica relativa alla degenza presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di S.\_\_\_\_\_, nel corso del mese di ottobre 2021, da cui emerge la diagnosi di granulomatosi con poliangerite ANCA-PR3+ ad impegno sistemico delle alte vie respiratorie e dell'orecchio destro (doc. TAF 18 e allegati).

**G.**

Invitata il 25 ottobre 2021 a prendere posizione in merito alla vertenza (doc. TAF 17), con scritto del 18 novembre 2021 (doc. TAF 21), trasmesso alle parti il 25 novembre seguente (doc. TAF 22), la T.\_\_\_\_\_ ha rinunciato a tale prerogativa.

**H.**

Con duplice del 26 novembre 2021 l'UAIE (doc. TAF 23), richiamata l'annotazione del SMR del 17 novembre 2021 e la presa di posizione dell'Ufficio AI del 19 novembre successivo (allegati al doc. TAF 23), ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. Esso ha in particolare sostenuto che la documentazione medica trasmessa dalla ricorrente in sede di replica (consid. F) non dimostra né nuove patologie non note, né un peggioramento verosimilmente preponderante di quelle già note.

**I.**

Invitata il 2 dicembre 2021 (doc. TAF 24) a prendere posizione sulla duplice, nonché a trasmettere la cartella clinica indicata nell'atto di replica del 22 ottobre 2021 (consid. F), con osservazioni del 21 gennaio 2022 l'insorgente ha ribadito la propria posizione e trasmesso la documentazione richiesta (doc. TAF 27 e allegati).

**J.**

Chiamata il 27 gennaio 2022 (doc. TAF 28) a pronunciarsi in merito alla suddetta documentazione, con scritto dell'11 febbraio 2022 (doc. TAF 30), trasmesso alla ricorrente il 24 febbraio successivo (doc. TAF 31), richiamata l'annotazione del SMR del 7 febbraio 2022 e la presa di posizione dell'Ufficio AI dell'11 febbraio 2022 (allegati al doc. TAF 30), l'autorità inferiore si è confermata nelle proprie argomentazioni.

**Diritto:****1.**

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

**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, i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

**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 LPGGA), che ha altresì ottenuto l'esonero dal pagamento delle spese processuali, il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

## **2.**

### **2.1**

**2.1.1** La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, risiede in Italia ed è dato l'elemento transfrontaliero avendo svolto attività lavorativa in Svizzera, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

**2.1.2** 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).

**2.1.3** 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.

**2.1.4** 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).

**2.1.5** Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre 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).

## **2.2**

**2.2.1** Dal profilo temporale sono applicabili 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 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2).

**2.2.2** In data 1° gennaio 2022 (RU 2021 705) è entrata in vigore la modifica dell'assicurazione invalidità (AI) intitolata " Ulteriore sviluppo dell'AI " (FF 2017 2191). Secondo la lett. b cpv. 1 delle disposizioni transitorie i beneficiari di rendita il cui diritto alla rendita è nato prima dell'entrata in vigore della presente modifica e che all'entrata in vigore della presente modifica non hanno ancora 55 anni compiuti continuano ad avere diritto alla rendita precedente fintantoché il loro grado d'invalidità non subisca una modificazione secondo l'articolo 17 capoverso 1 LPGA.

**2.2.3** Nel caso in esame la decisione impugnata, con cui l'UAIE ha respinto la domanda di rendita AI della ricorrente, di anni 51 e mezzo, presentata il 3 giugno 2019 è stata emessa il 30 aprile 2021. Il diritto ad un'eventuale mezza rendita sorgerebbe al più presto nel giugno 2020 (art. 28 cpv. 1 lett. b e art. 29 cpv. 1 LAI; consid. B.a; doc. UAIE 55), e pertanto prima dell'entrata in vigore delle nuove disposizioni. In tali circostanze le nuove disposizioni dell'AI non entrano in linea di conto, mentre si applicano le modifiche legislative di cui alla 6<sup>a</sup> revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e quelle intervenute fino alla data della decisione impugnata.

## **3.**

Il cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione

impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata, e meglio il 30 aprile 2021. 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 pronunciata (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 consid. 3a in fine).

#### **4.**

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (sentenza del TAF C-3146/2015 dell'11 maggio 2018 consid. 4 con rinvii).

#### **5.**

**5.1** Il rifiuto da parte dell'UAIE di accordare provvedimenti di integrazione professionale non è contestato in questa sede. In relazione a questo rapporto giuridico la decisione è pertanto passata in giudicato.

**5.2** Oggetto del contendere è pertanto unicamente il diritto di A. \_\_\_\_\_ di percepire una rendita di invalidità, pari ad almeno il 57%, a partire dal 1° giugno 2020. L'amministrazione ha infatti fissato un grado di invalidità del 37%.

**5.2.1** L'assicurata contesta in particolare il grado di invalidità relativo all'attività di casalinga, evidenziando una contraddizione laddove l'UAIE riconosce delle abilità parziali (52,5% [pulizie], 46,45% [cucina], 36,35% [bu-cato]), mentre la considera inabile al 100% nella professione abituale di baby-sitter e ausiliaria di pulizie. Nelle prime tre attività elencate essa si ritiene infatti totalmente inabile, mentre parzialmente abile negli acquisti quotidiani, con conseguente grado di invalidità del 97,33%. Essa si prevale

infine di una riduzione sociale maggiore da apporre al reddito da invalido, pari al 25% per età, nazionalità, tipo di permesso e mancanza di formazione scolastico/professionale.

**5.2.2** Secondo l'amministrazione per contro il rapporto del SMR del 6 aprile 2020 (doc. UAIE 55) soddisfa i requisiti posti dalla giurisprudenza per cui non sono necessarie ulteriori misure d'istruzione né deduzioni supplementari. L'amministrazione ribadisce che l'onere della prova riguardante gli esami mancanti relativi alla diagnosi di granulomatosi di Wegener spetta all'assicurata, tuttavia il SMR, ai fini di valutare la capacità lavorativa residua in base alle limitazioni funzionali presenti, ha tenuto conto della diagnosi posta dai curanti, malgrado non sia mai stata dimostrata mediante un esame istopatologico (doc. TAF 14).

## **6.**

**6.1** In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 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.

**6.2** L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: 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 al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

**6.3** 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).

**6.4** 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 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

## **7.**

**7.1** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

**7.2** In assenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

**7.3** Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, 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, 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 tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351

consid. 3a; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

**7.4** Infine giova ricordare che di principio deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che intrattengono con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), per cui, secondo l'esperienza comune, essi tendono generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (sentenza del TF 8C\_168/2018 del 6 giugno 2018).

## **7.5**

**7.5.1** Per l'art. 59 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGa – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C\_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

**7.5.2** I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 OAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C\_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C\_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C\_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

**7.5.3** Al riguardo va in particolare rilevato che se è vero che nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore, un tale provvedimento (o perlomeno accertamenti complementari) deve tuttavia essere ordinato qualora sussistano anche solo dubbi minimi riguardo l'attendibilità e la conclusione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4).

## **8.**

**8.1** Al fine di stabilire il diritto a prestazioni dell'assicurata l'amministrazione ha assunto agli atti i seguenti referti strumentali:

**8.1.1** Il referto della tomografia computerizzata (TC) al massiccio facciale del 23 luglio 2019 (doc. UAIE 17) da cui emerge “ ispessimento mucoso circonferenziale del seno mascellare destro cui si associa marcato ispessimento osseo parietale, specie sul versante laterale, normopneumatizzati i restanti seni paranasali, pervi entrambi i COM, verosimile conca bullosa del turbinato medio di destra, completa obliterazione della mastoide di destra per presenza di materiale ipodenso con coinvolgimento dell'orecchio medio omolaterale “.

**8.1.2** Le risultanze della TC al torace del 23 luglio 2019 (doc. UAIE 17) che evidenziano “ non alterazioni parenchimali di sospetto significato flogistico né evolutivo bilateralmente, non significative alterazioni dell'interstizio né

bronchiectasie, non enfisema polmonare, non versamento pleurico né pericardico, non evidenti linfadenopatie ilo-mediastiniche ed ascellari bilateralmente “.

**8.1.3** Il referto della risonanza magnetica (RMN) encefalo con RDC del 24 luglio 2019 da cui emerge: “ piccola formazione extra-assiale solida dotata di enhancement, con base di impianto di 9 mm e spessore di 4-5 mm, compatibile con piccolo meningioma. Si conferma sinusopatia flogistica mascellare destra e impegno fluido di analoga natura delle cavità otomastoidee omolaterali “ (nel rapporto del dott. G. \_\_\_\_\_ del 1° agosto 2019, allegato al doc. UAIE 18).

**8.1.4** L'ecografia all'addome superiore eseguita nell'agosto 2019 che evidenzia epatomegalia steatosica (nel rapporto del dott. G. \_\_\_\_\_ del 2 settembre 2019, allegato al doc. UAIE 26).

**8.1.5** Il referto della RX al torace del 15 novembre 2019 da cui emerge “ minimo rinforzo trama interstiziale a contenuto bronchiale da note bronchitiche, immutati rispetto al maggio 2019 “ (nel rapporto della dott.ssa L. \_\_\_\_\_ del 16 dicembre 2019, allegato al doc. UAIE 45).

**8.1.6** Il referto della colonscopia con biopsia del 30 giugno 2020 da cui si evince “ non si rilevano alterazioni macroscopiche. Eseguite biopsie in tutti i tratti colici e in ileo per escludere colite microscopica “ (nel rapporto del dott. G. \_\_\_\_\_ del 3 luglio 2020, allegato al doc. UAIE 71).

**8.1.7** Il referto dell'accertamento PFR e DLCO che evidenzia “ sindrome disventilatoria ostruttiva di grado lieve. Iperinsufflazione polmonare come da airtrapping. Test di broncodilatazione in acuto con somministrazione salbutamolo 400 mcg spray negativo. Si segnala riduzione dell'iperinsufflazione polmonare “ (nel rapporto del dott. G. \_\_\_\_\_ del 3 luglio 2020, allegato al doc. UAIE 71).

**8.1.8** Il referto della TAC al massiccio facciale destro del 1°luglio 2020 da cui emerge “ presenza di materiale della densità dei tessuti molli nel contesto del seno mascellare destro e occupante pressoché completamente le celle mastoidee omolaterali, come da quadro di flogosi acuta. Concomita analogo materiale a livello dell'orecchio interno destro adiacente alla catena ossiculare. Ipertrofia dei turbinati nasali di destra. In asse il setto nasale. Regolare pneumatizzazione delle restanti cavità paranasali “ (nel rapporto del dott. G. \_\_\_\_\_ del 3 luglio 2020, allegato al doc. UAIE 71).

**8.1.9** Le risultanze della TC al torace del 1°luglio 2020 che evidenzia “ regolare calibro e conservata opacizzazione del tronco e delle a. polmonari di entrambi i lati senza difetti di riempimento da riferire a TEP. Non alterazioni densitometriche focali a carico del parenchima polmonare di entrambi i lati. Focali ispessimenti della pleura parietale posteriore bilateralmente, di significato fibrotico. Non versamento pleurico in atto. Non linfonodi mediastinici “ (nel rapporto del dott. G.\_\_\_\_\_ del 3 luglio 2020, allegato al doc. UAIE 71).

**8.1.10** Il referto della RMN del cervello e del tronco encefalico del 2 luglio 2020 che evidenzia: “ rispetto a precedente controllo RN del 24.07.2019 i reperti encefalici sono del tutto invariati. In particolare invariato per dimensioni il noto piccolo meningioma della falce anteriore di ca 4 x 9 mm di spessore. Non comparsa di patologiche alterazioni del segnale di sospetto significato attuale nel contesto del parenchima degli emisferi cerebrali, del cervelletto e del tronco encefalico. Non evidenza di patologiche restrizioni della diffusione sospette per fatti ischemici recenti. Sempre presente e invariata la nota sinusopatia flogistica mascellare destra e il quadro di otomastoidee omolaterale “ (nel rapporto del dott. G.\_\_\_\_\_ del 3 luglio 2020, allegato al doc. UAIE 71).

**8.1.11** L'ecografia articolare eseguita il 6 agosto 2020 che evidenzia “ rilievi di sostanziale normalità a sinistra con minime note tendinosiche della cuffia. A destra si osserva relativo ispessimento tendinitico inserzionale (5 mm) del tendine sovraspinato e sottoscapolare; il tendine sovraspinato presenta invece nella sua porzione media assottigliamento (3,5 mm) da sfibramento parcellare marginale senza calcificazioni nel contesto “ (allegato al doc. UAIE 79).

#### **8.1.12**

**8.1.12.1** Il referto della radiografia (RX) al ginocchio sinistro del 7 settembre 2020 che mostra “ gonartrosi in particolare al compartimento femoro-tibiale interno del ginocchio sinistro con presenza di piccoli osteofiti dei margini articolari. Appuntimento delle spine tibiali e iniziali segni di condropatia femoro-rotulea senza riassorbimenti geodici subcondrali. Assenza di corpi liberi radiopachi intrarticolari o di calcificazioni meniscali “(allegato al doc. UAIE 80).

**8.1.12.2** Il referto della RX al ginocchio sinistro del 17 settembre 2020 da cui emerge “ (...) discreto quadro gonartrosico con diffusa riduzione della cartilagine e delle rime articolari. È presente importante condromalacia

strutturale in quadro di tendenza alla lussazione esterna. Non vi sono focolai di erosione subcondrale in tale sede. (...) iniziali piccoli focolai osteocondritici a livello del profilo anteriore del condilo femorale esterno. (...) abbondante versamento intrarticolare diffuso con distensione dello sfondato sotto-quadricipitale. È presente millimetrica ciste del cavo del poplite. (...) marcato ispessimento degenerativo dell'inserzione menisco-capsulare con parziale interessamento del collaterale interno. Non vi sono lesioni ai tendini dell'apparato estensore e al legamento crociato posteriore. Si dimostra quadro degenerativo con aspetto disomogeneo del LCA ma senza segni di interruzione completa. (...) conservata integrità del menisco esterno. Menisco mediale, tendenzialmente estruso spessore marcatamente ridotto con disomogeneità di segnale da quadro meniscosico in presenza di esile fissurazione parcellare ma senza rotture a tutto spessore (allegato al doc. UAIE 84).

## **8.2 Diversi rapporti medici:**

**8.2.1** I rapporti del 24 luglio 2019 (doc. UAIE 17), 1° agosto 2019 (allegato al doc. UAIE 18) e 14 febbraio 2020 (allegato al doc. UAIE 50) in cui il dott. F.\_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di granulomatosi con poliangiite e epatite B occulta.

**8.2.2** Il rapporto d'uscita del 1° agosto 2019 (allegato al doc. UAIE 18) relativo alla degenza ospedaliera intercorsa dal 19 luglio al 1° agosto 2019 in cui il dott. G.\_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi principale di " granulomatosi con poliangiite (...), con indicazione a terapia immunosoppressiva, previa profilassi per pregressa epatite B " e quelle associate di " ipotiroidismo, ernia iatale e epatite B occulta " e dichiarato che " obiettivamente si evidenziano iniziali segni di ipercorticismo; obiettività reumatologica ed internistica generale per il resto sostanzialmente nella norma. Agli esami di laboratorio si conferma la positività anti-PR3 (...) con restanti determinazioni principali sostanzialmente nella norma (...). Agli accertamenti strumentali si segnalano ispessimento mucoso del seno mascellare destro con ispessimento dell'osso parietale e obliterazione della mastoide destra ".  
Il 2 settembre seguente il medico ha aggiunto la diagnosi di steatosi epatica (allegato al doc. UAIE 26).

**8.2.3** L'annotazione del 9 settembre 2019 (doc. UAIE 29), in seguito alla richiesta di chiarimenti dell'Ufficio AI, in cui il dott. R.\_\_\_\_\_ del SMR, alla luce della documentazione prodotta dalla ricorrente, ha posto la diagnosi principale di vasculite autoimmune con esordio di una granulomatosi di Wegener (precisando che si determina solo su biopsia, non agli atti) la cui

cura consiste in una terapia orale mediante corticosteroidi associata ad un'immunoterapia soppressiva (analoga al trapianto di organi).

Il medico SMR ha precisato che “ la remissione da questa malattia è possibile nell'80% dei casi però è pur vero che la recidiva è molto alta (fino al 90%) oltre talvolta la necessità di un trapianto di rene, e/o manovre di supporto respiratorie (tracheotomia), a seconda dell'organo coinvolto. Quindi è vero che l'assicurata potrebbe essere esposta più facilmente a delle infezioni delle vie respiratorie fino alla sepsi generalizzata (ma ciò non vuol dire che non potrà lavorare almeno all'80-100% in altra attività confacente, leggera e senza l'esposizione a tale rischio). Egli ha ritenuto fin da subito che l'attività abituale di babysitter non è più esigibile e potenzialmente “ pericolosa “ per il rischio di contrarre infezioni “.

#### **8.2.4**

**8.2.4.1** Il rapporto del 16 settembre 2019 in cui la dott.ssa L. \_\_\_\_\_ ha attestato un riacutizzarsi della granulomatosi con poliangoite presa a carico con infusioni di Rituximab (allegato al doc. UAIE 31).

**8.2.4.2** Mediante rapporti del 16 dicembre 2019 (allegato al doc. UAIE 45) e del 14 febbraio 2020 (allegato al doc. UAIE 50) i dott.ri L. \_\_\_\_\_ e G. \_\_\_\_\_ hanno evidenziato una stabilità medico-strumentale e consigliato il proseguimento del trattamento farmacologico intrapreso.

#### **9.**

**9.1** Alla luce della documentazione trasmessa dall'assicurata con rapporto finale del 6 aprile 2020 (doc. UAIE 55) il dott. R. \_\_\_\_\_ ha ribadito le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di “ vasculite autoimmune con esordio di granulocitosi di Wegener in trattamento immunosoppressivo e di ipoacusia orecchio destro “ e quelle senza influsso sulla capacità lavorativa di “ stato dopo appendicectomia, stato dopo colecistectomia, ipotiroidismo, ernia iatale, epatite B occulta, steatosi epatica, stato dopo legatura tube uterine 2010, stato dopo intervento per instabilità legamentaria rotula destra, stato dopo cistiti ricorrenti e stato dopo sinusite cronica e otalgia destra con necessità di timpanocentesi 2016 “.

**9.2** Il medico SMR ha considerato l'assicurata totalmente inabile nell'attività abituale di baby-sitter e ausiliaria di pulizia dal 1° febbraio 2017, ad eccezione del periodo dal 20 marzo 2017 al 31 maggio 2019 in cui era abile al 100%. Egli ha inoltre riconosciuto un'incapacità lavorativa totale dal 1° febbraio al 19 marzo 2017, mentre una capacità lavorativa del 100% dal

giorno successivo al 31 maggio 2019 e del 50% dal 1° giugno 2019 sia in attività adeguata che in mansioni consuete (casalinga) nel rispetto di determinate limitazioni funzionali (carico massimo di 10 kg e alternanza della postura al bisogno).

**9.3** Il dott. R.\_\_\_\_\_ ha infine elencato i seguenti limiti funzionali: “ nell’economia domestica non può eseguire mansioni di tipo stagionale (es. pulizie approfondite comprese finestre, scale, manutenzione giardino e aree adiacenti); non può sollevare pesi maggiori di 10 kg (es. la spesa o utensili) e trasportarli (anche con mezzi ausiliari, tipo trolley, carrelli...) per più di 30 metri senza pausa; non può variare la postura con il tronco flesso-esteso dal basso all’alto in maniera ripetitiva; difficoltà nella preparazione dei pasti “.

Nell’esercizio di un’attività confacente “ non può manipolare/utilizzare attrezzi medio-pesanti o vibranti; non deve mai lavorare con le braccia sopra l’orizzonte; non può camminare su terreni accidentati; non può mai lavorare inginocchiata/accovacciata; deve evitare di salire/scendere ripetutamente da rampe di scale e mai su scale a pioli e/o impalcature; può mantenere la posizione seduta e inclinata in avanti così come quella in piedi e inclinata in avanti con cambi di postura secondo il bisogno; può camminare su terreni piani in continuo oltre 50 metri con brevi interruzioni al bisogno; può guidare autoveicoli di categoria 1 “.

## **10.**

Son inoltre stati trasmessi:

**10.1** Il rapporto d’uscita del 3 luglio 2020 (allegato al doc. UAIE 71) relativo alla degenza ospedaliera dal 26 giugno al 3 luglio 2020, in cui il dott. G.\_\_\_\_\_ dopo aver ripreso le diagnosi note, ha attestato “ obiettività reumatologica ed internistica nei limiti. Agli esami di laboratorio si conferma la positività anti-PR3 con restanti determinazioni principali sostanzialmente nella norma (...). In sintesi al controllo attuale si è documentata una fase di stabilità patologia reumatologica, con indicazione a proseguire le terapie in atto “ (...) “ si dimette la paziente in buone condizioni generali e buon compenso cardiocircolatorio “.

**10.2** Il rapporto del 24 settembre 2020 (allegato al doc. UAIE 87) in cui la dott.ssa M.\_\_\_\_\_ ha posto le diagnosi di “ au destro: ipoacusia trasmissiva pantonale, timpanogramma piatto, au sinistro: deep neurosensoriale

sugli 8000 Hz di lievissima entità “ e consigliato l’esecuzione di un intervento chirurgico DTT destro e di una visita neurochirurgica (meningioma della falce anteriore).

**10.3** Il rapporto del 12 ottobre 2020 del dott. N. \_\_\_\_\_ relativo all’intervento di miringotomia destra e posizionamento di drenaggio transtimpanico (allegato al doc. UAIE 102).

**10.4** Il rapporto del 16 novembre 2020 in cui il dott. O. \_\_\_\_\_ ha evidenziato l’assenza di grossolani deficit neurologici ascrivibili al meningioma e consigliato una rivalutazione dopo un anno con RMN con mdc (allegato al doc. UAIE 102).

## **11.**

Con annotazioni del 27 ottobre 2020 (doc. UAIE 92) e del 18 dicembre 2020 (doc. UAIE 110) il dott. R. \_\_\_\_\_ ha confermato le valutazioni espresse nel rapporto finale del 6 aprile 2020 (consid. 9).

## **12.**

L’8 gennaio 2021 la consulente in integrazione P. \_\_\_\_\_ ha dichiarato che l’insorgente potrebbe svolgere attività lavorative semplici e non qualificate, elencate in dettaglio e ritenute non adempiute le premesse per la concessione di provvedimenti professionali (doc. UAIE 112).

## **13.**

**13.1** In fase di osservazioni al progetto di decisione del 15 gennaio 2021 l’assicurata ha prodotto il rapporto del 17 febbraio 2021 in cui il dott. G. \_\_\_\_\_ ha dichiarato che “ il grado clinico nel suo complesso determina dolori cronici mioarticolari generalizzati, astenia intensa e scarsa tolleranza agli sforzi. La paziente è in trattamento con farmaci immunosoppressori e biologici, e necessita di periodici trattamenti e controlli in ambito ospedaliero “ (allegato al doc. UAIE 119).

**13.2** Con annotazione dell’8 marzo 2021 (doc. UAIE 121) il dott. R. \_\_\_\_\_ ha confermato le conclusioni espresse nelle sue precedenti valutazioni (consid. 8.2.3, 9, 11), nonché nel rapporto di inchiesta domiciliare del 15 ottobre 2020 (doc. UAIE 89). Egli ha nuovamente richiesto la produzione dell’esame istopatologico.

**14.****14.1**

**14.1.1** In sede di replica la ricorrente ha prodotto il rapporto del 5 ottobre 2021 in cui il dott. U. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia e malattie neuro-metaboliche, ha evidenziato che l'insorgente " ha effettuato RM encefalo che mostra piccolo meningioma (9x5 mm) in corrispondenza della falce cerebrale in sede frontale mediana, restanti reperti nei limiti. L'esame neurologico è nei limiti della norma " (allegato al doc. TAF 18).

**14.1.2** Con rapporto del 6 ottobre 2021 i dott.ri V. \_\_\_\_\_ ed Z. \_\_\_\_\_, le cui specializzazioni non sono note, hanno attestato che " la paziente è in buone condizioni generali, invariate rispetto al precedente controllo; negano ulteriori episodi di otite o mastoidite, febbre o sintomi sistemici. La patologia appare quindi in buon controllo clinico, pur permanendo lievemente incrementata la PCR e positivi, ancorché lievemente, gli ANCA. Allo stato attuale, è dunque possibile pensare ad una riduzione dell'attuale immunosoppressione, a partire dall'Azatioprina, già assunta a dosaggi inferiori a quelli terapeutici " (allegato al doc. TAF 18).

**14.2** Il dott. R. \_\_\_\_\_, tramite annotazione del 17 novembre 2021 allegata al doc. TAF 23, ha confermato le conclusioni espresse nel rapporto finale del 6 aprile 2020, attestando, alla luce della suddetta documentazione, non solo uno stato clinico stabilizzato, ma altresì in miglioramento. Egli ha precisato in proposito come a suo parere " le terapie immunosoppressive siano state somministrate a scopo non terapeutico, non essendo (e ciò è inconfutabile) basate su una diagnosi di certezza (esame istopatologico), in altre parole parrebbe verosimile la somministrazione di tali farmaci immunosoppressori a scopo probatorio, non spiegandosi altrimenti lo scrivente come possibile somministrare una terapia potenzialmente gravosa di effetti collaterali sia farmacologici sia per il sistema immunitario dell'assicurata ".

**15.**

L'insorgente ha infine prodotto i rapporti relativi al periodo dicembre 2020-dicembre 2021 in cui i dott.ri G. \_\_\_\_\_ e L. \_\_\_\_\_ hanno considerato la situazione stazionaria e prescritto la prosecuzione della terapia farmacologica intrapresa (allegato al doc. TAF 27 pag. 80-100).

**16.**

**16.1** Nel caso in esame va in primo luogo rilevato che l'insorgente non ha mai contestato l'inabilità lavorativa del 50% in attività adeguate quantificata dall'amministrazione e ribadita pendente causa; non vi sono inoltre indizi agli atti per cui l'inabilità sarebbe di misura inferiore. Eventualmente si potrebbe ritenere una capacità lavorativa residua superiore, tuttavia solo posteriormente alla decisione impugnata (si confronti annotazione SMR del 17 novembre 2021). Il medico SMR ha infatti precisato che " (...) semmai come ben attestato dai medici curanti vi è un globale miglioramento clinico sintomatologico comprovato anche dalla sottostimata terapia immunosoppressiva che quindi non determina neanche più un rischio infettivo per la stessa assicurata. Pertanto risulta ragionevolmente plausibile ed auspicabile sul breve termine anche un potenziale incremento non solo della capacità lavorativa confacente ma anche un incremento per le attività abituali (baby sitter e addetta alle pulizie) essendo in primis lo ribadisco estinto il rischio all'esposizione di fattori patogeni (ergo il rischio di contrarre infezioni causate da uno stato di immunodeficienza acquisita su base farmacologica) ".

Di tale modifica questa Corte non può tuttavia tenere conto, non essendosi l'amministrazione ancora espressa in merito (si confronti consid. 3).

**16.2** La diagnosi di natura reumatologica con influo sulla capacità lavorativa non è contestata dall'insorgente e viene confermata da tutti i medici curanti (consid. 5.2.1). L'amministrazione tuttavia pur avendo attestato un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale in seguito a tale diagnosi ha ripetutamente ribadito, tramite il proprio medico SMR, che non era stata versata agli atti l'unica prova possibile dell'esistenza di tale malattia e meglio la biopsia. Nell'ultimo rapporto allegato al doc. TAF 23 il medico SMR inoltre, preso atto della dose di medicinali immunosoppressori prescritti e assunti dall'assicurata, a suo dire insufficiente ai fini dello scopo terapeutico perseguito, ha implicitamente messo in discussione la diagnosi, affermando che " in altre parole parrebbe verosimile la somministrazione di tali farmaci immunosoppressori a scopo probatorio " e quindi " non terapeutico ".

**16.3** La ricorrente sostiene dal canto suo che nessun medico ha eseguito tale esame e che l'onere della prova riguardo la diagnosi principale di granulomatosi di Wegener incombe all'amministrazione a cui spetta l'obbligo di stabilire lo stato di salute dell'assicurata e determinare gli impedimenti all'esercizio sia dell'attività precedentemente esercitata che di un'attività

esigibile. L'autorità di prime cure avrebbe quindi dovuto ordinare gli esami complementari ritenuti necessari.

**16.4** Dagli atti medici emerge che gli specialisti hanno posto la diagnosi principale di “ granulomatosi con poliangioite (...), con indicazione a terapia immunosoppressiva, previa profilassi per pregressa epatite B “ e quelle associate di “ ipotiroidismo, ernia iatale e epatite B occulta “.

Al riguardo va rilevato che la granulomatosi con poliangioite (precedentemente conosciuta come granulomatosi di Wegener) è caratterizzata da infiammazione granulomatosa necrotizzante, vasculite dei vasi di piccolo e medio calibro e glomerulonefrite necrotizzante focale, spesso con la formazione di semilune. In genere, sono colpiti le alte e basse vie respiratorie e i reni, ma qualsiasi organo può essere coinvolto dalla malattia. La presentazione clinica varia a seconda dell'organo o dell'apparato colpito. I pazienti possono presentarsi con sintomi a carico del tratto respiratorio superiore e inferiore [p. es. secrezione nasale o epistassi ricorrenti, tosse], seguiti da ipertensione e edema, o con sintomi che riflettono il coinvolgimento multiorgano. La diagnosi solitamente richiede la biopsia. Il trattamento si basa sui corticosteroidi in associazione a un immunosoppressore “ (cfr. <https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-del-tessuto-muscoloscheletrico-e-connettivo/vasculite/granulomatosi-con-poliangioite>, consultato il 13 aprile 2022).

**16.5** Quanto sopra esposto conferma la tesi del medico SMR secondo cui la diagnosi viene posta in seguito all'esecuzione di una biopsia, che a detta di tutte le parti non è stata eseguita in concreto.

## **16.6**

**16.6.1** La procedura amministrativa è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dall'amministrazione (art. 12 PA). La responsabilità principale per l'accertamento dei fatti incombe quindi alle autorità. Esse sono tenute ad adottare tutte le misure ragionevolmente necessarie per la determinazione della verità materiale. L'onere della prova costituisce il corollario dell'obbligo di accertamento dei fatti.

Questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (art. 13 PA). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove

necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa ed ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove. Nonostante l'obbligo di collaborazione delle parti, l'onere della produzione della prova incombe alle autorità. Il principio inquisitorio, mitigato dal dovere di collaborazione, non modifica quindi di principio la ripartizione dell'onere della prova. Vale infatti il principio secondo cui le autorità sopportano le conseguenze della mancata prova (AUER/BINDER, in: *VwVG. Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren*, 2a ed. 2019, ad art. 12 N° 5-18 e ad art. 13 N° 15-16; DTF 145 V 90 consid. 3.2; 138 V 218 consid. 6; 125 V consid. 2; 122 V 157 consid. 1, 121 V 204 consid. 6c; 117 V 261 consid. 3b con riferimenti).

**16.6.2** Nell'ambito delle assicurazioni sociali i succitati principi sono concretizzati agli art. 43 LPGa che sancisce l'obbligo per l'assicuratore di intraprendere d'ufficio tutti gli accertamenti necessari e di raccogliere le informazioni indispensabili per esaminare le domande degli assicurati e all'art. 28 LPGa che codifica il corrispettivo obbligo di collaborazione a carico degli assicurati (UELI KIESER, *Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG*, 4a ed. 2020, ad art. 28 N° 21-60 e ad art. 43 N 2-22, GUY LONGCHAMP, in: *Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales*, 2018, ad art. 28 N° 9-35, JACQUES OLIVIER PIGUET, in: *Commentaire Romand, op. cit.*, ad art. 43 N 9-25, 47-58).

Per l'art. 43 cpv. 1<sup>bis</sup> LPGa l'assicuratore determina la natura e l'entità dei necessari accertamenti, mentre per il capoverso 2 se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l'assicurato deve sottoporvisi.

Sono considerati necessari tutti i mezzi di prova che permettono di stabilire i fatti rilevanti per l'applicazione del diritto. L'assicuratore deve agire in modo oggettivo e imparziale. Gli esami medici richiesti nell'ambito di una perizia specialistica sono considerati di principio esigibili, salvo se rappresentano un rischio troppo elevato per la salute (DUPONT/MOSER-SZELESS, in: *Commentaire Romand, op. cit.* ad art.43 N 12, e giurisprudenza citata).

Secondo il capoverso 3 infine se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia.

**16.7** Nel caso in esame dagli atti emerge che, malgrado il medico SMR abbia ribadito ripetutamente che la diagnosi posta, su cui si fondava l'incapacità lavorativa attestata, poteva essere dimostrata solo tramite l'esecuzione di una biopsia, l'amministrazione non ha mai applicato la procedura di cui all'art. 43 LPGA in particolare dell'art. 43 cpv. 3 LPGA, pretendendo che l'assicurata si sottoponesse a biopsia o intimandole di presentarsi presso un medico di sua scelta ai fini dell'esecuzione della stessa, al fine di trarre le debite conclusioni in caso di mancata collaborazione. L'Ufficio AI ha infatti dichiarato da un lato che l'obbligo di produrre la documentazione medica atta a provare la diagnosi incombeva all'assicurata (che non vi ha dato seguito), dall'altro tuttavia, concludendo in favore di un'incapacità lavorativa parziale, ha riconosciuto implicitamente la diagnosi ripetutamente posta dai curanti.

In concreto questa Corte ritiene che, malgrado risulti probabile che l'assicurata, che ha reagito positivamente alla cura immunosoppressiva prescritta, seppure in dosi non terapeutiche, soffra della malattia autoimmune diagnosticata, l'amministrazione si è fondata su un accertamento medico incompleto dei fatti medici rilevanti avendo omesso di accertare in maniera conforme alla scienza medica la diagnosi posta, che non risulta, alla luce della documentazione prodotta, provata con il grado della verosimiglianza preponderante. A tale conclusione si deve giungere in particolare alla luce del contenuto dell'annotazione del medico SMR del 17 novembre 2021 (consid. 14.2), il quale, esaminati gli atti medici trasmessi dalla ricorrente (consid. 14.1), ha avuto modo di appurare che la dose di medicinali immunosoppressivi (Aziatioprina) fino ad allora prescritti era inferiore a quella necessaria alla cura vera e propria della malattia diagnosticata. Tale circostanza lo ha condotto a concludere (pur confermando la limitazione della capacità lavorativa da lui precedentemente accertata) che " le terapie immunosoppressive erano state somministrate a scopo non terapeutico, non essendo basate su una diagnosi di certezza (esame istopatologico) "; secondo il medico " in altre parole parrebbe verosimile che la somministrazione di tali farmaci sia avvenuto a scopo probatorio, non spiegandosi altrimenti come sia possibile somministrare una terapia potenzialmente gravosa di effetti collaterali sia farmacologici sia per il sistema immunitario della paziente " .

**16.8** Visto quanto sopra esposto non si può concludere che la documentazione medica agli atti accerti in modo completo la situazione valetudinaria e la capacità lavorativa dell'insorgente, fondandosi quest'ultima su una diagnosi non comprovata. Su questo punto il rapporto del SMR del 6 aprile 2020 non è pertanto concludente, alla luce delle affermazioni successive

del medico interpellato e non può essere posto alla base della presente vertenza.

Alla luce di quanto esposto discende che il ricorso dev'essere accolto, nel senso che la decisione impugnata va annullata e gli atti di causa ritornati all'amministrazione, affinché proceda ad un completamento dell'istruttoria.

**16.9** L'autorità inferiore procederà pertanto a completare gli atti sottoponendo l'assicurata a perizia specialista reumatologica/immunologica (e di eventuali altre specialità che i periti riterranno necessarie, da esperire in Svizzera, conformemente ai principi sviluppati dalla più recente giurisprudenza del Tribunale federale [DTF 137 V 210]), nel cui ambito verrà verificata la diagnosi posta tramite gli strumenti necessari (presumibilmente una biopsia) e la sua evoluzione nel tempo. Verrà poi accertata la capacità lavorativa così come la sua evoluzione nel tempo, tenuto conto anche degli atti medici di cui ai consid. 14.1.2 e 14.2, della capacità lavorativa nell'attività precedentemente svolta e in attività adeguate dal giugno 2019.

**16.10** Peraltro, e in siffatte circostanze, non essendo stati chiariti aspetti medici determinanti tramite una perizia specialistica, nulla – neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) – si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, nel senso indicato da questo Tribunale. 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, rispettivamente sull'incapacità lavorativa e l'eventuale rendita AI da accordare a decorrere dal 1° giugno 2020. 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, sono richieste l'esecuzione di una biopsia e l'esperimento di una perizia specialistica mai effettuate e chiaramente necessarie 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 ordinare 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. i considerandi 16.2-16.5 del presente giudizio).

**16.11** Per il resto, occorre 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 30 aprile 2021 l'autorità inferiore ha respinto il diritto alla rendita di invalidità. Non era pertanto necessario conferire all'insorgente la facoltà di ritirare il proprio gravame.

## **17.**

**17.1** A titolo abbondanziale è necessario evidenziare quanto segue in relazione alla fissazione del grado di invalidità nell'attività abituale di babysitter e collaboratrice domestica eseguito dall'amministrazione.

## **17.2**

**17.2.1** Nella decisione impugnata l'autorità di prime, fondandosi sulle indicazioni fornite dall'ex datore di lavoro (doc. UAIE 8), ha ritenuto che, senza danno alla salute, nell'esercizio dell'attività abituale di babysitter e collaboratrice domestica al 100% nel 2019 A. \_\_\_\_\_ avrebbe percepito un reddito annuo lordo pari a fr. 39'000.- per 12 mensilità (doc. UAIE 58 e 126).

**17.2.2** Fondandosi sui dati ufficiali editi dall'Ufficio federale di statistica (UFS, [tabella TA1 2016], l'UAIE ha computato quale reddito da invalido il salario annuale ottenibile nel 2018 (attività semplici e ripetitive, donne, quartile plausibilmente appropriato 2), ossia fr. 26'201.52, tenuto conto di un salario mensile aggiornato al 2018 di fr. 4'401.56, pari a fr. 52'818.72 annui, di un orario usuale di 41,7 ore settimanali, di una riduzione del tempo di lavoro del 50%, nonché di una riduzione del 5% per attività leggera (doc. UAIE 58 e 126).

**17.2.3** Dal raffronto dei redditi è scaturito quindi un grado d'invalidità del 32,82% (doc. UAIE 58 e 126).

## **17.3**

**17.3.1** In concreto il momento determinante per procedere al raffronto dei redditi è il 1 giugno 2020 (consid. 5).

**17.3.2** Il reddito da valido per un'attività a tempo pieno ammonta nel 2019 a fr. 39'000.- (consid. 17.2.1). Aggiornato al 2020 a mezzo della tabella T1.10 (+ 0,8%, valore mediano) esso ammonta a fr. 39'312.-.

**17.3.3** Ai fini della determinazione del reddito da invalido giova evidenziare che al momento della decisione litigiosa, il 30 aprile 2021, l'UAIE poteva

già disporre dei dati del 2018, ritenuto che sono stati pubblicati il 21 aprile 2020 (cfr. sito internet: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/lavoro-reddito/salari-reddito-lavoro-costo-lavoro/livello-salari-svizzera/settori-privato-pubblico.assetdetail.12488221.html>). Per stabilire il reddito da invalido andava di conseguenza fatto riferimento alla pertinente tabella dell'ISS 2018 e non a quella del 2016. Ne discende che in attività semplice e ripetitiva, categoria 1, donne, l'insorgente avrebbe potuto percepire nel 2018 un salario medio mensile di fr. 4'371.- (annuo pari a fr. 52'452.-), che riportato su un orario usuale di 41,7 ore settimanali, corrisponderebbe ad un salario mensile di fr. 4'556.76 ed annuale (12 mensilità) di fr. 54'681.21. Aggiornato al 2020 a mezzo della tabella T1.10 (+ 0,9% nel 2019 e + 0,8% nel 2020), esso ammonta a fr. 55'614.72.

**17.4** Ritenuto che il reddito da invalido è nettamente superiore a quello da valido, occorre e occorre domandarsi se il reddito da valido percepito è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente nel settore economico nel quale lavorava l'interessata, segnatamente se è necessario procedere a parallelizzare i redditi.

**17.5** Se 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 residenza rispettivamente problematiche legate al mercato del lavoro), ha conseguito un reddito da valida considerevolmente inferiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello stesso ambito professionale 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. In particolare, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido, aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido, mediante una riduzione adeguata del valore statistico (DTF 135 V 58 consid. 3.1; 134 V 322 consid. 4.1). 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 e 6.1.3).

**17.5.1** In concreto, stando ai dati dell'UFS per il 2018 (tabella T17 2018, donne con oltre 50 anni, senza funzione di quadro), nel settore del personale non qualificato addetto alla pulizia (cat. 91), il salario medio equivalente a fr. 4'419.- mensili, ossia fr. 53'028.- all'anno (12 mensilità), per un

orario settimanale di 40 ore. Rapportato ad un orario usuale di 41,7 ore settimanali e indicizzando tale dato al 2020 a mezzo della tabella T1.10 (valore mediano [+ 0,9% nel 2019, + 0,8% nel 2020]), si ottiene così un importo di fr. 56'225.45.

Ciò significa che una persona attiva nel settore del personale non qualificato addetto alla pulizia in Svizzera avrebbe potuto mediamente conseguire nel 2020 un guadagno di fr. 56'225.45, mentre l'interessata, nello stesso anno, avrebbe percepito in C. \_\_\_\_\_ un reddito di fr. 39'312.-. In concreto, la differenza è di fr. 16'913.45, pari al 30,08%, arrotondato al 30,1%.

**17.5.2** Alla luce di quanto appena esposto occorre riconoscere che il salario da valida dell'assicurata è considerevolmente inferiore alla media svizzera. Non emergono inoltre indizi che fosse intenzione di quest'ultima di accontentarsi di un guadagno più modesto. Tenuto conto della franchigia del 5%, il salario da invalido avrebbe dovuto e dovrà quindi, nell'ambito del rinvio, essere ridotto del 25,1% oppure il salario da valido aumentato dello stesso importo. Su questo punto la decisione viola il diritto federale.

## **18.**

Infine alla luce delle risultanze della perizia specialistica che verrà esperita in sede di rinvio andrà rivista anche l'eventuale invalidità nell'ambito dell'esercizio delle mansioni consuete, le cui conclusioni sono contestate in questa sede dall'interessata.

## **19.**

### **19.1**

**19.1.1** Visto l'esito della procedura non si prelevano spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA).

**19.1.2** La decisione di concessione dell'assistenza giudiziaria non si applica.

## **20.**

### **20.1**

**20.1.1** Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle

spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2] cfr. pure DTF 132 V 215 consid. 6.2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia di 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). Giusta l'art. 14 cpv. 1 TS-TAF, le parti che chiedono la rifusione di spese ripetibili devono presentare al Tribunale, prima della pronuncia della decisione, una nota particolareggiata delle spese. Se non viene prodotta una nota spese particolareggiata, come nel caso concreto, il giudice fisserà un'indennità sulla base degli atti (art. 14 cpv. 2 TS-TAF).

**20.1.2** Secondo giurisprudenza, nell'ambito del suo potere d'apprezzamento, il Tribunale di prima istanza determina l'onorario dell'avvocato in funzione dell'importanza e delle difficoltà della lite nonché dell'ampiezza del lavoro e del dispendio orario (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_284/2012 del 18 maggio 2012 consid. 6).

**20.1.3** Per valutare l'importanza del lavoro e del tempo consacrato, occorre tenere conto del fatto che la procedura in materia di assicurazioni sociali è retta dalla massima inquisitoria, ciò che, di solito, facilita il compito del mandatario. Quanto all'attività di quest'ultimo suscettibile di essere considerata, essa non può comprendere le azioni inutili o superflue. Inoltre, le iniziative intraprese prima della promozione della fase processuale non possono essere ritenute (cfr. sentenza del Tribunale federale I 452/05 del 27 novembre 2006 consid. 5.5 e relativi riferimenti).

**20.1.4** Il caso in esame non è complesso dal punto di vista dei fatti, seppure gli incarti agli atti siano relativamente voluminosi. La fattispecie non pone inoltre questioni in diritto di particolare difficoltà. L'attività dell'avvocato si è peraltro limitata alla stesura del ricorso (sei pagine), della replica (due pagine) e delle osservazioni alla duplice (una pagina).

Stando così le cose, in assenza di una nota dettagliata, il collegio giudicante determina un'indennità (comprensiva di onorario e spese vive) di fr. 2'800.-.

L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

**20.2** La decisione incidentale di gratuito patrocinio non si applica.

(dispositivo alla pagina seguente)

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

**1.**

Il ricorso è accolto, nel senso che la decisione impugnata del 30 aprile 2021 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria e si pronunci nuovamente sul diritto di A. \_\_\_\_\_ ad una rendita di invalidità ai sensi dei considerandi.

**2.**

Non si prelevano spese processuali.

**3.**

L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 2'800.- a titolo di spese ripetibili.

**4.**

L'assistenza giudiziaria e il gratuito patrocinio accordati con decisione incidentale del 10 settembre 2021 non si applicano.

**5.**

Questa sentenza è comunicata alla ricorrente, all'autorità inferiore, all'UFAS e all'istituto di previdenza.

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Graziano Mordasini

**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 notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni degli art. 82 e 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: