



Corte III
C-93/2020

Sentenza del 17 settembre 2020

Composizione

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

Parti

A. _____, (Italia),
patrocinata dall'avv. Sergio Sciuchetti,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione invalidità, diritto alla rendita
(decisione del 20 novembre 2019).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadina italiana, nata il (...) 1971, coniugata, con tre figlie, residente in Italia, frontiera, ha lavorato in Svizzera dal 1991 al 1993, dal 1998 al 2001, nonché dal 1° ottobre 2015, da ultimo in qualità di collaudatrice e responsabile per il controllo di qualità presso una ditta attiva nel campo della moda. Essa ha interrotto definitivamente l'attività lavorativa il 29 giugno 2018 a causa di una sindrome di disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva (doc. 1, 2, 9, 10, 13 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

La B. _____ SA (di seguito: B. _____ SA), assicuratore per perdita di guadagno per malattia del datore di lavoro (doc. B. _____ 4), ha versato indennità giornaliera intere dal 2 luglio 2018 al 14 ottobre 2018, nonché dal 28 dicembre 2018 al 14 luglio 2019 (doc. UAIE 12). L'assicurata è stata licenziata con effetto al 31 dicembre 2018 (doc. UAIE 13).

B.

B.a Con formulario datato 27 maggio 2019, trasmesso in data 4 giugno 2019 tramite la B. _____ SA e pervenuto il 5 giugno 2019 A. _____ ha presentato 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 2 pag. 1-9, 3, 5).

B.b Ai fini istruttori l'Ufficio AI ha assunto agli atti i documenti componenti l'incarto della B. _____ SA di data intercorrente tra luglio 2018 e giugno 2019 (doc. B. _____ 1-16), fra i quali si segnalano in particolare:

- Diversi certificati medici relativi al periodo luglio-novembre 2018 (doc. B. _____ 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9), in cui la dott.ssa D. _____, medico chirurgo, medico di famiglia della ricorrente, ha posto la diagnosi di sindrome ansioso-depressiva reattiva e ritenuto l'assicurata totalmente inabile al lavoro per periodi di trenta giorni.
- Il rapporto del 24 settembre 2018 (doc. B. _____ 6), commissionato dall'assicuratore malattia, in cui la dott.ssa E. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha posto la diagnosi di "sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva (ICD-10: F43.2)". In tale occasione la perita ha ritenuto prevedibile un miglioramento dello stato psichico nelle settimane successive previa assunzione di

una terapia farmacologica e considerato A._____ – inabile dal 2 luglio 2018 – di nuovo totalmente abile al lavoro, salvo complicazioni, dal 15 ottobre 2018.

- Il rapporto del 28 dicembre 2018 (doc. B._____ 10), le cui conclusioni sono state, per l'essenziale, riprese in quelli del 2 aprile 2019 (doc. B._____ 11) e 8 maggio 2019 (doc. B._____ 14), in cui il dott. F._____, specialista in psichiatria, medico curante dell'assicurata, ha posto la diagnosi di " grave forma di Disturbo dell'Adattamento con Ansia e Umore Depresso Misti, Persistente (F43.23 secondo il DSN V) ". In tale ambito il medico ha ritenuto l'assicurata inabile al 100% e prescritto periodi di riposo di sessanta giorni.
- Il rapporto, all'attenzione della B._____ SA, del 12 aprile 2019 (doc. B._____ 12) in cui la dott.ssa G._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha posto la diagnosi di " sindrome da disattamento, reazione ansioso-depressiva (ICD 10: F43.2) ", ritenendo la ricorrente, salvo complicazioni, totalmente abile al lavoro dal 9 aprile 2019.
- Il rapporto dell'11 giugno 2019 (doc. B._____ 15) in cui il dott. H._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, incaricato dall'assicurazione, ha posto la diagnosi di " lieve sintomatologia ansioso-depressiva (F41.2) " e attestato che " dal profilo medico-psichiatrico, non è presente, con il grado della verosimiglianza preponderante, un disturbo affettivo di entità media o grave che possa giustificare il prolungamento dell'inabilità lavorativa parziale o completa ". Egli ha precisato che " (...) non appare plausibile che, a fronte di un'inabilità lavorativa che perdura ormai da oltre undici mesi, non siano ancora state proposte (...) misure terapeutiche molto più incisive in ambito stazionario. Infatti la terapia non è stata modificata sostanzialmente e le sedute presso lo psichiatra avvengono a distanza di un mese, ciò che non depone per la presenza di un quadro psicopatologico di entità grave ". Il medico ha pertanto considerato l'insorgente abile al 100% in un'attività lavorativa come quella precedentemente svolta dal 1° luglio 2019.

B.c Con decisione del 26 giugno 2019 (doc. B._____ 16), passata incontestata in giudicato, la B._____ SA ha ritenuto A._____ abile al 100% dal 15 luglio 2019 e quindi sospeso l'erogazione delle indennità giornaliere versategli dal 2 luglio 2018 al 14 ottobre 2018, nonché dal 28 dicembre 2018 al 14 luglio 2019 (doc. UAIE 12).

C.

C.a Mediante progetto di decisione del 29 agosto 2019 (doc. UAIE 16) l'Ufficio AI ha considerato A. _____ totalmente inabile al lavoro dal 2 luglio 2018 al 14 ottobre 2018, nonché dal 28 dicembre 2018 al 14 luglio 2019. L'amministrazione ha pertanto prospettato il rigetto della richiesta di prestazioni d'invalidità e dell'adozione di provvedimenti professionali, non ritenendo che, al momento del ripristino della capacità lavorativa (il 15 luglio 2019), l'interessata fosse stata inabile al lavoro durante il periodo di attesa di un anno previsto dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI.

C.b Il 16 settembre 2019 l'assicurata si è opposta al progetto di decisione, sostenendo di essere stata ininterrottamente incapace al lavoro dal 2 luglio 2018 al 14 luglio 2019 e precisando che il periodo di incapacità lavorativa posteriore al 14 luglio 2019 era ancora in fase di analisi (doc. UAIE 17).

C.c Con decisione del 20 novembre 2019 (doc. UAIE 21) l'UAIE ha ripreso le argomentazioni del progetto di decisione dell'Ufficio AI del 29 agosto 2019 (consid. C.a), rifiutando il diritto ad una rendita di invalidità per mancato adempimento della condizione di cui all'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI e all'adozione di provvedimenti d'integrazione professionale, non essendovi invalidità.

D.

D.a Il 7 gennaio 2020, agendo per il tramite dell'avv. Sergio Sciuchetti, A. _____ ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale, postulando l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'autorità di prime cure per completamento dell'istruttoria (doc. TAF 1 e allegati). A sostegno delle proprie richieste l'insorgente ha prodotto, tra l'altro, i rapporti dell'11 luglio 2019 (allegato O al doc. TAF 1) e 4 settembre 2019 (allegato P al doc. TAF 1) in cui il dott. F. _____ ha ripreso la diagnosi nota e ritenuto A. _____ inabile al lavoro al 100% e prescritto ulteriori periodi di malattia di sessanta giorni. Delle motivazioni si dirà nei considerandi di diritto (consid. 8.1).

D.b In data 6 febbraio 2020 l'assicurata ha versato l'anticipo spese di fr. 800.- (doc. TAF 6).

E.

Con risposta del 17 marzo 2020 (doc. TAF 10) l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame, rinviando alle conclusioni tratte nell'annotazione del

27 febbraio 2020 del dott. I._____, medico del Servizio medico regionale (SMR), specialista in psichiatria e psicoterapia, e al preavviso dell'Ufficio AI del 13 marzo seguente (entrambi allegati al doc. TAF 10). Del contenuto si dirà nei considerandi di diritto (consid. 8.2).

F.

Invitata il 30 aprile 2020 a prendere posizione in merito alla vertenza (doc. TAF 14), la L._____ non ha reagito.

G.

Mediante replica del 3 giugno 2020 (doc. TAF 18) l'insorgente si è riconfermata nelle argomentazioni esposte nel ricorso producendo diversi referti medici, segnatamente:

- Il rapporto, espressamente richiesto da questa Corte in quanto menzionato ma non trasmesso, del 25 settembre 2019 (allegato 1 al doc. TAF 18) in cui la dott.ssa M._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha posto la diagnosi di disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misto complicato, evidenziando che " la malattia sopra diagnosticata è per sua gravità e caratteristiche tale da compromettere la capacità lavorativa della persona, anche nell'attualità, incapace di riprendere le sue mansioni (...) ".
- Il rapporto del 10 marzo 2020, le cui conclusioni sono state riprese in quello dell'8 aprile seguente (allegati 3 e 5 al doc. TAF 18), in cui il dott. F._____ si è riconfermato nelle proprie argomentazioni e conclusioni, ritenuto l'insorgente inabile al 100% e prescritto periodi di malattia di sessanta giorni.

H.

Con duplice del 30 giugno 2020 (doc. TAF 22) l'UAIE, rinviando all'annotazione del 19 giugno 2020 del dott. I._____ e alla presa di posizione dell'Ufficio AI del 25 giugno seguente (entrambe allegate al doc. TAF 22), ha proposto al Tribunale adito di accogliere il ricorso e retrocedere gli atti all'amministrazione al fine di completare l'istruttoria.

I.

A._____, con scritto del 9 luglio 2020, ha dichiarato di accettare la proposta avanzata dall'autorità inferiore (doc. TAF 25).

Diritto:**1.**

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2).

Il Tribunale amministrativo federale 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'UAIE.

1.2 La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA. Secondo le regole generali del diritto intertemporale, si applicano le norme procedurali in vigore al momento dell'esame del ricorso (DTF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 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 e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

2.

2.1 Secondo l'art. 40 cpv. 1 lett. b dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201) per la ricezione e l'esame delle richieste è competente l'ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero, fatti salvi i capoversi 2 e 2^{bis}, se gli assicurati sono domiciliati all'estero.

In particolare giusta l'art. 40 cpv. 2 OAI per la ricezione e l'esame delle richieste dei frontalieri è competente l'Ufficio AI nel cui campo d'attività essi esercitano un'attività lucrativa. Questa regola si applica anche ai vecchi

frontalieri, a condizione che al momento della richiesta il loro domicilio abituale si trovi ancora nella zona di frontiera e il danno alla salute risalga all'epoca della loro attività frontaliera. L'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero notifica le decisioni.

2.2 Nella fattispecie l'assicurata, a beneficio di un permesso per confinanti (G) rilasciato il 14 maggio 2014 e valido fino al 18 maggio 2019 (doc. UAIE 9), ha introdotto una richiesta AI mediante formulario datato 27 maggio 2019, pervenuto il 5 giugno seguente (consid. B.a). Essa risiede nella zona di confine e il danno alla salute risale all'epoca della sua attività frontaliera. La ricorrente può quindi essere considerata una vecchia frontaliera ai sensi dell'art. 40 cpv. 2 OAI. Ne discende che l'esame della domanda di rendita è stata rettammente esperita dall'Ufficio AI cantonale.

3.

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGa). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF 2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). L'autorità di ricorso 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).

4.

4.1 Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, 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 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1).

4.2 La decisione impugnata con cui l'UAIE ha respinto la domanda di rendita AI trasmessa il 4 giugno 2019 e pervenuta il 5 giugno 2019 è stata emessa il 20 novembre 2019. Il diritto alla rendita sorgerebbe pertanto al più presto il 1° dicembre 2019. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6ª revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e quelle intervenute successivamente fino alla data della decisione impugnata.

5.

Il potere 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 resa e meglio il 20 novembre 2019 (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). 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; 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 (sentenze 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).

6.

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia ed è dato l'elemento transfrontaliero avendo svolto attività lavorativa in Svizzera, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, 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 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e

gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

7.

7.1 Preliminarmente va rilevato che il rifiuto di accordare provvedimenti professionali non è contestato. In relazione a questo rapporto giuridico la decisione è pertanto passata in giudicato.

7.2 Oggetto del contendere è pertanto unicamente il diritto ad una rendita intera di invalidità con effetto al più presto dal 1° dicembre 2019 (ossia sei mesi dopo il deposito della domanda di prestazioni).

8.

8.1 L'insorgente contesta in particolare la fedefacenza dei rapporti esperiti dai medici fiduciari della B. _____ SA, su cui si sono fondati il SMR e l'amministrazione, segnatamente quello del dott. H. _____ dell'11 giugno 2019 (doc. B. _____ 15), privo di anamnesi, raccolta oggettiva dei dati ed esami personali. Sulla base della documentazione medica agli atti, in particolare dei rapporti della dott.ssa M. _____ del 25 settembre 2019 (allegato 1 al doc. TAF 18) e del dott. F. _____ del 28 dicembre 2018 (doc. B. _____ 10), 2 aprile 2019 (doc. B. _____ 11), 8 maggio 2019 (doc. B. _____ 14), 11 luglio 2019 (allegato O al doc. TAF 1), 4 settembre 2019 (allegato P al doc. TAF 1), 10 marzo 2020 (allegato 3 al doc. TAF 18) e 8 aprile 2020 (allegato 5 al doc. TAF 18), la ricorrente si prevale di un'invalidità lavorativa totale e continua (senza interruzioni) dal 2 luglio 2018, mentre ritiene che per il periodo successivo al 14 luglio 2019 siano necessari ulteriori accertamenti.

8.2 L'amministrazione ha ritenuto per contro in un primo tempo, sulla base dei rapporti delle dott.sse E. _____ del 24 settembre 2018 (doc. B. _____ 6) e G. _____ del 12 aprile 2019 (doc. B. _____ 12) e del dott. H. _____ dell'11 giugno 2019 (doc. B. _____ 15), nonché della decisione della B. _____ SA del 26 giugno 2019 (doc. B. _____ 16), che l'interruzione dell'incapacità lavorativa per un lasso di tempo superiore ai trenta giorni (art. 29^{ter} dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI, RS 831.201]), intervenuta dal 15 ottobre 2018 al

27 dicembre 2018, non permetteva di riconoscere, al momento della decisione, l'adempimento dell'anno d'attesa.

In sede di risposta di causa (doc. TAF 10), basandosi sulle conclusioni espresse dal dott. I. _____ con annotazione SMR del 27 febbraio 2020 e dall'Ufficio AI con preavviso del 13 marzo seguente (allegati al doc. TAF 10), l'autorità di prime cure ha invece ritenuto l'insorgente totalmente inabile al lavoro in ogni attività dal 2 luglio 2018 al 30 giugno 2019, evidenziando (allegato al doc. TAF 10) che il diritto della ricorrente ad una rendita nascerebbe al più presto il 1° dicembre 2019 (art. 29 cpv. 1 LAI), vale a dire posteriormente al momento in cui l'assicurata ha riacquisito la capacità lavorativa totale (luglio 2019).

Con la duplica l'UAIE ha formulato una terza proposta, chiedendo il rinvio degli atti per ulteriori accertamenti.

9.

9.1 L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può ragionevolmente esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGGA, è considerata incapacità al guadagno la 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 e 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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA). Secondo l'art. 6 LPGGA, è considerata incapacità al lavoro 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 d'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. L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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 (DTF 116 V 246 consid. 1b).

9.2 Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

10.

10.1 Al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato. Affinché un rapporto medico acquisti valore di prova rilevante è determinante che esso sia completo in merito ai temi sollevati, si fondi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi, tenga conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

10.2 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 (DTF 125 V 351 consid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati conclusivi, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda le perizie di parte, 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, anche se specialisti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (sentenza del TF I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4; DTF 125 V 351 consid. 3b/cc). Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione può essere attribuito pieno valore probatorio, a condizione che essi si rivelino conclusivi, compiutamente motivati e privi di contraddizioni e che, inoltre, non sussistano degli indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto sussistere delle circostanze particolari che permettono di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/ee).

11.

11.1 L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

11.2 Giusta l'art. 29^{ter} OAI vi è un'interruzione notevole dell'incapacità al lavoro, ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, allorché l'assicurato è stato interamente abile al lavoro durante almeno 30 giorni consecutivi. Se a seguito di questa interruzione viene prescritta una nuova incapacità lavorativa, inizia a decorrere un nuovo anno di attesa, per il computo del quale non verrà tenuto in conto dei precedenti periodi di inabilità (sentenze del TF 9C_317/2016 del 25 agosto 2016 consid. 4.1 e 4.2; 9C_800/2015 del 25 febbraio 2016 consid. 3.2; I_392/05 del 24 agosto 2006 consid. 4.2 e riferimenti ivi citati).

12.

12.1 Occorre dunque in primo luogo determinare se il 20 novembre 2019, ossia al momento in cui la decisione impugnata è stata emessa, era dato il presupposto previsto dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI per riconoscere il diritto alla rendita di invalidità (consid. 11.1).

12.2 In concreto è incontestato che l'anno di attesa ha iniziato a decorrere il 2 luglio 2018, momento in cui la ricorrente è stata dichiarata completamente inabile al lavoro (cfr. rapporti della dott.ssa E. _____ [doc. B. _____ 6 pag. 2], della dott.ssa G. _____ [doc. B. _____ 12 pag. 1] e del dott. H. _____ [doc. B. _____ 15 pag. 2]).

Con rapporto del 24 settembre 2018 la dott.ssa E. _____ ha formulato una prognosi favorevole legata all'assunzione di farmaci antidepressivi, ritenuto prevedibile un miglioramento dello stato psichico nelle settimane successive e considerato A. _____ totalmente abile al lavoro, salvo complicazioni, dal 15 ottobre 2018 (doc. B. _____ 6 pag. 8).

Al contrario la dott.ssa D. _____ ha a più riprese ritenuto l'assicurata totalmente inabile al lavoro per periodi di trenta giorni, da ultimo fino a fine dicembre 2018 (doc. B. _____ 7-9). Con rapporti del 28 dicembre 2018, 2 aprile 2019 e 8 maggio 2019 il dott. F. _____ ha dal canto suo evidenziato come l'assunzione di una terapia farmacologica, contrariamente alla prognosi formulata dalla dott.ssa E. _____, non aveva sortito gli effetti sperati. Egli ha infatti riconosciuto unicamente un lieve miglioramento della situazione psicopatologica e prescritto un aumento del dosaggio dei farmaci (doc. B. _____ 10, 11, 14), attestando nel contempo un'incapacità lavorativa totale per periodi di sessanta giorni. In occasione della risposta di causa il dott. I. _____ ha infine ritenuto la ricorrente totalmente inabile al lavoro dal 2 luglio 2018 al 1° luglio 2019, senza più menzionare interruzioni di sorta (allegato al doc. TAF 10).

12.3 Alla luce di quanto esposto, contrariamente a quanto ritenuto dall'amministrazione prima della risposta di causa, non risulta provata con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, un'interruzione dell'incapacità lavorativa di A. _____ per il periodo dal 15 ottobre 2018 al 27 dicembre 2018, ritenuto che la prognosi della dott.ssa E. _____ circa il miglioramento che avrebbe dovuto intervenire dopo l'assunzione di farmaci a metà ottobre 2018 non si è realizzata. A giusta ragione pertanto pendente causa l'UAIE alla luce delle affermazioni del suo medico SMR non ha più fatto valere la succitata interruzione. Su questo punto il ricorso risulta pertanto fondato.

13.

13.1 Nella risposta di causa l'UAIE, alla luce del rapporto del dott. H. _____ dell'11 giugno 2019, ha ritenuto tuttavia che l'assicurata è abile al lavoro al 100% dal 1° luglio 2019, non dal 15 luglio 2019 come indicato nella decisione impugnata. Pertanto non vi può essere alcun diritto alla rendita d'invalidità con effetto dal 1° dicembre 2019.

13.2 Con duplica del 30 giugno 2020 (doc. TAF 22) l'autorità inferiore ha proposto l'annullamento della decisione impugnata con rinvio degli atti di causa per completare l'istruttoria tramite l'esperienza della perizia psichiatrica richiesta dal dott. I. _____ del SMR nell'annotazione del 19 giugno 2020 (allegato al doc. TAF 22), dopo aver preso visione del rapporto della dott.ssa M. _____ del 25 settembre 2019, nonché dei rapporti e certificati medici del dott. F. _____ del 15 ottobre 2019, 10 marzo 2020 e 8 aprile 2020 (allegati 1-5 al doc. TAF 8).

14.

Nel caso in esame la proposta dell'autorità inferiore, alla quale la ricorrente ha aderito il 9 luglio 2020 (doc. TAF 25), è senz'altro giustificata dalla necessità di completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti per l'assicurazione invalidità.

La documentazione esibita sia in sede amministrativa che pendente ricorso ha infatti reso manifeste le lacune nell'istruttoria eseguita prima dell'emissione della decisione impugnata riguardo la rilevanza dei disturbi psichiatrici insorti dal luglio 2018 e in particolare l'evoluzione della capacità lavorativa dal luglio 2019 e più in particolare da dicembre 2019. La dott.ssa M. _____ con rapporto del 25 settembre 2019 (allegato 1 al doc. TAF 18) e il dott. F. _____ con rapporti del 28 dicembre 2018 (doc. B. _____ 10), 2 aprile 2019 (doc. B. _____ 11), 8 maggio 2019 (doc. B. _____

14), 11 luglio 2019 (allegato O al doc. TAF 1), 4 settembre 2019 (allegato P al doc. TAF 1), 10 marzo 2020 (allegato 3 al doc. TAF 18) e 8 aprile 2020 (allegato 5 al doc. TAF 18), contrariamente al dott. H. _____ (doc. B. _____ 15), hanno ritenuto l'insorgente inabile al 100% in ogni attività anche dopo il 1° luglio 2019.

Tali circostanze sono state messe in evidenza dal medico fiduciario dell'amministrazione e vanno pertanto colmate nel senso indicato (cfr. annotazione allegata al doc. TAF 6), come del resto chiesto dalla ricorrente.

15.

15.1 Se il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, 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-2183/2013 del 28 gennaio 2015 consid. 10.1). In particolare, si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti ai fini dell'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

15.2 L'autorità inferiore procederà pertanto all'accertamento dello stato di salute e dell'evoluzione della capacità lavorativa a partire dal 1° luglio 2019 da un punto di vista psichiatrico tramite l'esperimento di una perizia psichiatrica – e di eventuali altri accertamenti medici che dovessero rendersi necessari in tale ambito – da esperire in Svizzera, conformemente ai principi sviluppati dalla più recente giurisprudenza del Tribunale federale (procedura per indicatori, DTF 137 V 210), in particolare in materia di malattie psichiatriche (DTF 143 V 409, 143 V 418, 141 V 281, 140 V 8).

16.

Da quanto esposto discende che il ricorso dev'essere accolto, nel senso che la decisione impugnata, fondandosi su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti, va annullata e gli atti di causa ritornati all'amministrazione, affinché esperisca il completamento dell'istruttoria nel senso precedentemente indicato (consid. 15.2).

Alla luce delle nuove risultanze istruttorie l'amministrazione AI si pronuncerà, dopo aver esperito gli accertamenti economici del caso, sul grado di invalidità e sul diritto dell'assicurata ad una rendita di invalidità dal 1° dicembre 2019.

17.

17.1 Visto l'esito della procedura, non si prelevano spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA). L'anticipo spese, di fr. 800.-, versato dall'insorgente il 6 febbraio 2020 (doc. TAF 6) verrà restituito alla ricorrente.

17.2 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).

17.2.1 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).

17.2.2 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).

17.2.3 Il caso in esame non è complesso dal punto di vista dei fatti, ritenuto che l'incarto dell'Ufficio AI non è eccessivamente voluminoso e che la fattispecie non pone questioni in diritto di particolare difficoltà. L'attività dell'avvocato si è peraltro limitata alla stesura del ricorso (quattro pagine), della replica (una pagina) e della missiva del 9 luglio 2020 (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.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto, nel senso che la decisione impugnata del 20 novembre 2019 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 d'invalidità ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 800.-, versato il 6 febbraio 2020, sarà restituito alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

3.

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

4.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (atto giudiziario; allegato: formulario " indirizzo per il pagamento ")
- autorità inferiore (n. di rif. [...]); raccomandata; allegato: doc. TAF 25)
- Ufficio federale delle assicurazioni (raccomandata)
- L._____, N._____, (raccomandata)

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: