

# **BVGer C-4425/2024 vom 18. Juni 2024**

Bundesverwaltungsgericht, 2024-06-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4425\\_2024\\_d20240618](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4425_2024_d20240618)

FR: TAF C-4425/2024 du 18 juin 2024

IT: TAF C-4425/2024 del 18 giugno 2024

## **Regeste**

Diritto alla rendita | Assicurazione per l'invalidità; domanda di rendita (decisione del 18 giugno 2024)

## **Erwägungen**

### **E. 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).

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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.

C-4425/2024 Pagina 4

### **E. 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 LPG), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPG) 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. La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliata in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero, la medesima essendo stata assicurata all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità svizzera (AVS/AI; DTF 145 V 231 consid. 7.1, 143 V 354 consid. 4, 143 V 81, in particolare consid. 8.1), 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.

## **E. 2**

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliata in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero, la medesima essendo stata assicurata all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità svizzera (AVS/AI; DTF 145 V 231 consid. 7.1, 143 V 354 consid. 4, 143 V 81, in particolare consid. 8.1), 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).

## **E. 3**

del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

C-4425/2024 Pagina 5

### **E. 3.1**

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 146 V 364 consid. 7.1; 139 V 335 consid. 6.2; 136 V 24 consid. 4.3).

### **E. 3.2**

La domanda di una rendita d'invalidità svizzera essendo stata presentata il 27 maggio 2021 e il diritto alla rendita nascendo al più presto il 1° novembre 2021 (art. 29 LAI), al caso in esame, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA immediatamente applicabili con la

loro entrata in vigore), così come le ulteriori modifiche entrate in vigore successivamente e fino alla pronuncia della decisione impugnata. Al caso concreto, non sono comunque applicabili le modifiche del 19 giugno 2020 della LAI e della LPGA (Ulteriore sviluppo dell'AI; RU 2021 705; FF 2017 2191) e le modifiche del 3 novembre 2021 dell'OAI (RU 2021 706) che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2022 (cfr. le disposizioni transitorie della modifica dell'AI del 19 giugno 2020 e della modifica dell'OAI del 3 novembre 2021).

### **E. 3.3**

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 18 giugno 2024. 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 (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 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).

### **E. 4.1**

Secondo l'art. 43 cpv. 1 LPGA e l'art. 69 cpv. 2 OAI (RS 831.201), l'UAIE esamina le domande concernenti le prestazioni d'invalidità, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha

C-4425/2024 Pagina 6 bisogno, in particolare circa lo stato di salute del richiedente, la sua attività, la sua capacità di lavoro e la sua idoneità all'integrazione.

### **E. 4.2**

Inoltre, giusta l'art. 49 lett. b PA, l'accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti è un motivo di ricorso.

### **E. 5.1**

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1; 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 (DTF 137 V 210 consid. 3.1; sentenze del TF 9C\_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

### **E. 5.2**

Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito che l'assicuratore e il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore, il quale è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giuridica, mentre nella fase che precede la decisione è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (DTF 136 V 376 consid. 4). Nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste pertanto un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore, questo mezzo di prova dovendo unicamente, ma pur sempre, essere ordinato qualora sussistano dubbi – anche se minimi – riguardo all'attendibilità e alla concludenza delle attestazioni mediche dell'assicurazione (DTF 139 V 225 consid. 5.2; 137 V 201 consid. 1.3.4; 135 V 465 consid. 4.4; 122 V 157 consid. 1d; v. anche, fra le altre, le sentenze del TAF C-2102/2020 del 27 gennaio 2022 consid. 6.9, C-5275/2018 del 29 giugno 2020 consid. 2.6 e C-991/2018 del 13 febbraio 2020 consid. 7.3.3).

C-4425/2024 Pagina 7

### **E. 5.3**

I rapporti del servizio medico regionale (SMR) e del servizio medico dell'UAIE sono da considerare basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore e quindi da apprezzare come tali (sentenza del TAF C-2979/2019 del 3 marzo 2022 consid. 8.4 con rinvii).

### **E. 5.4**

I rapporti interni dell'assicurazione 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 e di 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). Non è peraltro indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR o il servizio medico dell'UAIE 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 pertanto, per costante giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR o del servizio medico dell'UAIE se essi soddisfano altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute. In presenza di rapporti medici contraddittori, devono indicare i motivi per cui si fondano su un rapporto piuttosto che su un altro o se occorre effettuare un complemento dell'istruttoria (DTF 142 V 58 consid. 5.1). Se i documenti agli atti non permettono di pronunciarsi sulle pretese giuridiche litigiose, non è possibile decidere unicamente sui rapporti medici interni all'amministrazione, ma occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (sentenza del TF 9C\_165/2015 del 12 novembre 2015 consid. 4.3 e 9C\_58/2011 del 25 marzo 2011 consid. 3.3; v. pure la sentenza del TAF C-2979/2019 consid. 8.6 con rinvii).

### **E. 5.5**

In ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (DTF 141 V 281 consid. 2.1; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). In presenza di tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418 consid. 6 e 7), in particolare di disturbi da dolore somatoforme, di disturbi derivanti da affezioni

psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di disturbi depressivi di grado da leggero a medio (DTF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e 4.1 nonché

C-4425/2024 Pagina 8 143 V 418 consid. 6 segg.). Il Tribunale federale ha suddiviso gli indicatori per la valutazione della capacità lavorativa in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3), segnatamente categoria "gravità funzionale" (consid. 4.3) con i complessi "danno alla salute" (consid. 4.3.1; risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi; successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione; comorbidità), "personalità" (sviluppo e struttura della personalità, funzioni psichiche [consid. 4.3.2] e contesto sociale [consid. 4.3.3]) nonché categoria "coerenza" (aspetti del comportamento [consid. 4.4] in rapporto alla limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili [consid. 4.4.1] ed alla sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione [consid. 4.4.2]).

### **E. 6.1**

Qualora l'assicurato eserciti un'attività lucrativa a tempo parziale o col-labori gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per quest'attività è valutata secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi. Se, inoltre, svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche di principio da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97 consid. 3.3.1; cfr. la sentenza del TF I 733/2006 del 16 luglio 2007 consid. 4.2.1 sui presupposti di un'inchiesta domiciliare all'estero). In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità (globale in funzione dell'impedimento) nei due ambiti (metodo misto; art. 28a cpv. 3 LAI e art. 27bis OAI in combinazione con gli art. 28a cpv. 1 e 2 LAI, 16 LPGA e 27 OAI; v. pure DTF 141 V 15 consid. 3.2, 137 V 334 consid. 3.1.3, 130 V 393 e 130 V 97 consid. 3.3.1 nonché sentenza del TF 8C\_912/2015 del 18 aprile 2016 consid. 4).

### **E. 6.2**

In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021), 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, in una situazione equilibrata del mercato del lavoro (reddito da invalido) è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi). L'art. 27bis cpv. 3 OAI, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2018, prevede che il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa è disciplinato dall'articolo 16 LPGA, secondo le modalità seguenti: il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività lucrativa a tempo parziale se non fosse

C-4425/2024 Pagina 9 divenuto invalido è calcolato sulla base della stessa attività lucrativa esercitata a tempo pieno (lett. a); la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido (lett. b).

### **E. 6.3**

In virtù dell'art. 27 cpv. 1 OAI, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2018, per mansioni consuete secondo l'art. 7 cpv. 2 LAI di assicurati occupati nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari. L'art. 27bis cpv. 4 OAI, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2018, precisa che per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete viene determinata la quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete rispetto alla sua situazione se non fosse divenuto invalido. Questa quota viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione (che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido) e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno.

### **E. 6.4**

Secondo giurisprudenza, l'inchiesta domiciliare – se redatta secondo le indicazioni fornite dalle cifre 3081 segg. della Circolare dell'UFAS sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (valida dal 1° gennaio 2015, stato al 1° gennaio 2021) – costituisce una base di giudizio idonea e di regola anche sufficiente. Per potergli attribuire piena forza probatoria, è però essenziale che il rapporto sia redatto da una persona qualificata – quale è normalmente un collaboratore dei servizi sociali – che conosca le circostanze territoriali e locali come pure le limitazioni risultanti dagli accertamenti medici. Inoltre, il rapporto deve tenere conto delle indicazioni della persona assicurata e menzionare, se del caso, le opinioni divergenti. L'inchiesta deve infine essere plausibile, motivata e sufficientemente dettagliata in merito alle singole limitazioni e deve riprodurre quanto accertato in loco (sentenza del TF 9C\_642/2010 del 26 aprile 2011 consid. 5.1). Secondo la citata Circolare dell'UFAS, di regola, si ritiene che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica comprendono queste cinque attività usuali: pasti, pulizia e ordine dell'alloggio, acquisti e altre commissioni, bucato e cura dei vestiti, cura e assistenza ai figli e/o ai familiari, per le quali è assegnato un rispettivo limite massimo. Il grado di disabilità per ogni singola attività risulta dal confronto percentuale tra la ponderazione senza disabilità – da persona qualificata dei servizi sociali – e la limitazione dovuta alla disabilità (cfr. cifre marginali 3083, 3085 e 3087 della Circolare dell'UFAS sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità). Il ricorso al giudizio di un medico che abbia a pronunciarsi sulle singole posizioni dell'inchiesta sotto il profilo dell'esigibilità è solo eccezionalmente necessario, segnatamente in presenza di C-4425/2024 Pagina 10 dichiarazioni inverosimili della persona assicurata in contraddizione con i reperti medici (sentenza del TF 9C\_642/2010 consid. 5.1). Se la persona assicurata, a causa della sua inabilità, può svolgere determinate mansioni domestiche solo con difficoltà e con un impegno temporale assai più elevato, deve provvedere a riorganizzare il proprio lavoro e, nella misura usuale, ricorrere all'aiuto dei familiari. Nel caso di persone attive nell'economia domestica, un impedimento può così essere considerato dall'assicurazione per l'invalidità solo se le mansioni non più esercitabili personalmente devono essere eseguite da terze persone dietro pagamento oppure dai familiari che per fare ciò dimostrino di subire una perdita di guadagno o comunque un aggravio eccessivo. Il grado di assistenza che si può pretendere dai famigliari per l'aiuto in favore di un/a casalingo/a va oltre il sostegno che si può normalmente attendere in assenza di danno alla salute (sentenza del TF 9C\_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 5.8).

## **E. 7**

Preliminarmente, giova rilevare che è incontestato sia da parte della ricorrente sia da parte dell'autorità inferiore che l'insorgente, da sana, avrebbe consacrato la sua attività ad un'occupazione lavorativa al 70% e si sarebbe dedicata all'economia domestica per il restante 30% (in particolare, dal questionario per il datore di lavoro del 7 giugno 2021 [doc. UAIE 10] e dallo scritto del datore di lavoro del 1° dicembre 2021 [doc. UAIE 33], emerge che la stessa è stata alle dipendenze, dal 1° aprile 2016 al 31 ottobre 2021, di una casa per anziani come assistente di cura, [dapprima al 90%, poi] in ragione di 28 ore alla settimana dal 1° giugno 2020, ciò che corrisponde ad un grado d'occupazione del 70%).

## **E. 8**

Nel merito, occorre poi esaminare se prima della resa della decisione impugnata, l'UAIE avrebbe dovuto procedere ad ulteriori misure istruttorie, segnatamente ordinare ulteriori accertamenti specialistici, per potersi determinare con cognizione di causa ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante valido nel diritto delle assicurazioni sociali, sullo stato di salute, sulla residua capacità lavorativa e sulla residua capacità di svolgere le mansioni consuete dell'insorgente.

### **E. 9.1**

La proposta dell'UAIE d'annullamento della decisione impugnata con rinvio degli atti di causa all'amministrazione affinché la stessa completi l'istruttoria – conformemente alle indicazioni di cui alla presa di posizione dell'Ufficio AI del Cantone C. \_\_\_\_\_ del 12 settembre 2024 – è giustificata

C-4425/2024 Pagina 11 dalla necessità di completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute della ricorrente, segnatamente con una perizia medica pluridisciplinare (comprendente un esame sullo stato di salute reumatologico, psichico e neurologico) da effettuarsi in Svizzera, volta a definire compiutamente – come indicato dal medico SMR, nell'annotazione del 19 agosto 2024 – lo stato di salute, la residua capacità lavorativa (nell'attività abituale e in attività sostitutive adeguate) e la residua capacità di svolgere le mansioni consuete dell'insorgente.

#### **E. 9.1.1**

Dal profilo psichico, nel rapporto del 21 giugno 2021 della psichiatra dott.ssa D. \_\_\_\_\_ (doc. UAIE 173; rapporto su cui è basata la decisione impugnata), è segnalato che il disagio (psichico) sarebbe da ricondurre all'aprile del 2020, allorquando la ricorrente ha contratto sul posto di lavoro un'infezione da SARS-CoV-2, per la quale ha dovuto essere ricoverata per circa due settimane a seguito di una severa polmonite. I disturbi sarebbero ulteriormente peggiorati all'inizio di gennaio del 2021, dopo che l'insorgente si è sottoposta alla vaccinazione contro il Covid 19, presentando una reazione simil-influenzale ed un peggioramento della sintomatologia algica. Secondo la psichiatra, la ricorrente, all'interno di una malattia di lunga durata, ha sviluppato progressivamente una sintomatologia della sfera psichica, che ella stessa associa alla presenza di dolori continui e limitazioni funzionali, caratterizzata da sconforto, tristezza, ricorrenti preoccupazioni, momenti di ansia, deficit di attenzione, concentrazione e memoria, disturbi del sonno. Il disagio (psichico), a giudizio della psichiatra, può essere inquadrato all'interno di un disturbo dell'adattamento con reazione misto ansioso-depressiva. Ora, quanto all'evoluzione nel tempo del disturbo psichico, il rapporto psichiatrico del 13 marzo 2023 (doc. UAIE 74 pag. 213) riferisce che l'insorgente è seguita dal dicembre 2022 per un quadro psico-

patologico connotato da umore deflesso con abulia, apatia, anedonia, ingenti quote di ansia libera e somatizzata. Nel rapporto psichiatrico del 19 febbraio 2024 (doc. UAIE 112), sono rilevati (al colloquio) labilità emotiva con tendenza al pianto e vissuti di colpa e disperazione rispetto al proprio futuro. Il rapporto psichiatrico del 28 giugno 2024 (doc. TAF 1) – i documenti medici di data posteriore alla decisione impugnata prodotti in sede ricorsuale possono essere presi in considerazione nell’ambito della presente vertenza (v., sulla questione, il considerando 3.3 del presente giudizio), dal momento che forniscono, con probabilità preponderante, degli indizi concludenti su una situazione medica esistente già al momento dell’emanazione della decisione impugnata – riferisce che la ricorrente è stata sottoposta ad una valutazione psicodiagnostica che ha rilevato un quadro indicativo di decadimento cognitivo lieve (relazione di valutazione dell’efficienza cognitiva del 22 aprile 2024; doc. TAF 1). Infine, il rapporto

C-4425/2024 Pagina 12 di visita neurologica del 9 luglio 2024 (doc. TAF 1) segnala che (rispetto al precedente colloquio) l’insorgente è peggiorata per quanto riguarda il disturbo d’ansia e il tono dell’umore. Ciò premesso, un accertamento più approfondito dell’affezione psichica appare – come proposto dal medico SMR nell’annotazione del 19 agosto 2024 (doc. TAF 8) – indispensabile.

### **E. 9.1.2**

Dal profilo reumatologico, nel rapporto del 29 giugno 2021 del reumatologo dott. E. \_\_\_\_\_ (doc. UAIE 174; rapporto su cui è basata la decisione impugnata), è indicato che la ricorrente lamenta dolori cervicali, che irradiano verso le spalle e la scapola sinistra, dolori interscapolari, dolori lombari, formicolii alle braccia, che tendono a coinvolgere le dita IV e V delle mani, dolori alle dita dei piedi associati a gonfiori. Il medico SMR ha poi diagnosticato, nel rapporto del 12 luglio 2022 (doc. UAIE 44) – oltre ad alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale e del rachide lombare (referti di risonanza magnetica del 2 gennaio e 15 aprile 2021; doc. UAIE 2 pag. 10 e 11) – una sindrome fibromialgica severa. Quanto all’evoluzione nel tempo, il rapporto di visita reumatologica del 1° marzo 2022 (doc. UAIE 67) conferma la diagnosi di sindrome fibromialgica e riferisce che la percezione del dolore non è migliorata. Il verbale di accertamento dell’invalidità civile dell’INPS di (...) del 19 aprile 2023 (doc. UAIE 83 pag. 240) fa stato (all’anamnesi), fra gli altri, di poliartralgie in fibromialgia condizionante dolore cronico. Il rapporto reumatologico del 31 marzo 2023 (doc. UAIE 99) segnala poi che la patologia di cui la paziente soffre – la sindrome fibromialgica – è altamente invalidante, in quanto detta patologia può alterare in maniera importante la qualità della vita determinando dolori diffusi, limitazione della capacità funzionale, discomfort generalizzato e sensazione di perdita della memoria. Pure un accertamento approfondito dell’affezione reumatologica appare – come proposto dal medico SMR nell’annotazione del 19 agosto 2024 (doc. TAF 8) – indispensabile.

### **E. 9.1.3**

Per il resto, dal profilo neurologico, il referto di risonanza magnetica (cervello e tronco encefalico) del 13 febbraio 2023 (doc. UAIE 73) fa stato di “possibile base vasculopatica cronicizzata”. Nel rapporto di visita neurologica del 28 febbraio 2023 (doc. UAIE 69), è poi indicato che la ricorrente riferisce impaccio motorio e sensazione di debolezza all’emisoma sinistro, associato a instabilità posturale con necessità di utilizzo di bastone ed evidenza (all’esame obiettivo) una deambulazione a base allargata, cautelata con utilizzo

di bastone. Inoltre, secondo la certificazione medico-legale di fisiatria del 4 gennaio 2024 (doc. UAIE 112 pag. 304), l'insorgente deambulava "in schema del passo alternato caratterizzato da instabilità ai cambi bidirezionali". Il verbale di accertamento dell'invalidità civile dell'INPS di (...) del 4 settembre 2024 (doc. TAF 7) diagnostica infine, fra gli altri,

C-4425/2024 Pagina 13 un'encefalopatia vascolare. Si giustifica pertanto – come proposto dal medico SMR nell'annotazione del 19 agosto 2024 (doc. TAF 8) – di sottoporre il caso per valutazione ad uno specialista in neurologia, sussistendo dei dubbi sull'accertamento dei fatti anche da questo profilo.

### **E. 9.2**

In siffatte circostanze, nulla – neppure la giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) – si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria necessaria non effettuata (e dunque del tutto mancante) nel senso dell'espletamento di una perizia pluridisciplinare (in reumatologia, psichiatria e neurologia), perizia da effettuarsi in Svizzera (i periti dovendo conoscere i principi della medicina assicurativa svizzera [v., fra le altre, le sentenze del TAF C-4281/2020 del 10 marzo 2022 consid. 9.2, C- 4118/2020 del 18 febbraio 2022 consid. 10.3, C-2102/2020 del 27 gennaio 2022 consid. 7.11 e C-5774/2019 del 26 agosto 2021 consid. 6.2), riservato ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario. In assenza di tale istruttoria complementare, non risultava né risulta in effetti possibile determinarsi con il necessario grado della verosimiglianza preponderante sullo stato di salute, sulla residua capacità lavorativa e sulla residua capacità di svolgere le mansioni consuete della ricorrente.

### **E. 9.3**

Da quanto esposto, discende che il ricorso deve essere accolto, la decisione impugnata annullata e gli atti di causa ritornati all'amministrazione affinché proceda al completamento dell'istruttoria dal profilo medico nel senso precedentemente indicato. Per il resto, e a seconda del risultato di tale complemento istruttorio, ritenuto il tempo trascorso, l'UAIE dovrà pure effettuare una nuova inchiesta domiciliare o, in caso di rinuncia giustificata, dovuta al domicilio all'estero dell'assicurata, procedere secondo i dettami della giurisprudenza del Tribunale federale (sentenza I 733/2006 del 16 luglio 2007), nel senso che i periti specialisti in reumatologia, psichiatria o neurologia, o perlomeno uno di loro (su incarico del responsabile della perizia pluridisciplinare), dovranno esaminare e discutere con l'insorgente in merito alle limitazioni da questa pretese, nell'apposito formulario, per quanto attiene allo svolgimento degli usuali lavori domestici, nonché, a seconda del risultato di tale esame, calcolare il tasso d'invalidità nello svolgimento delle consuete mansioni domestiche.

### **E. 9.4**

Ritenuto che l'autorità inferiore ha proposto di dare seguito alla conclusione ricorsuale presentata dall'insorgente, proposta che è accolta in questa sede, la risposta al ricorso del 13 settembre 2024, la presa di posizione dell'Ufficio AI del Cantone C.\_\_\_\_\_ del 12 settembre 2024 e

C-4425/2024 Pagina 14 l'annotazione del medico SMR del 19 agosto 2024 sono trasmesse alla ricorrente unitamente alla presente sentenza. In effetti, e date le richiamate circostanze,

non era necessario accordare all'insorgente la facoltà di esprimersi riguardo ai citati atti prima della pronuncia del presente giudizio (art. 30 cpv. 2 lett. c PA).

#### **E. 9.5**

Non era altresì necessario dare alla ricorrente la possibilità di eventualmente ritirare il ricorso secondo i dettami della giurisprudenza del Tribunale federale di cui alla sentenza DTF 137 V 314. In effetti, 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 (v., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 18 giugno 2024 l'autorità inferiore ha considerato che la ricorrente non ha subito un'incapacità lavorativa ed un'incapacità di svolgere le mansioni consuete di livello pensionabile durante un anno senza notevole interruzione, perlomeno fino alla data della decisione impugnata (che costituisce il limite della cognizione temporale di questo Tribunale nel caso di specie), ed ha respinto la domanda della medesima volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità ed a provvedimenti professionali.

#### **E. 10.1**

Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo spese di fr. 800.-, versato il 26 luglio 2024, sarà restituito alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

#### **E. 10.2**

Ritenuto che l'insorgente non è rappresentata in questa sede da mandatario professionale e che non ha fatto valere né risulta, ad un esame d'ufficio, che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla procedura di ricorso, non si giustifica l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

(dispositivo alla pagina seguente)

C-4425/2024 Pagina 15

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