Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Corte III
C-2150/2024

Sentenza del 1° settembre 2026

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio), Selin Elmiger-Necipoglu, Caroline Bissegger, cancelliera Ambra Martignoni.

Parti

A._____, (Italia),
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità; diritto alla rendita (decisione del 23 novembre 2023).

Fatti:

A.

A.a A._____ (di seguito: assicurata, interessata, insorgente, ricorrente), cittadina italiana nata il (…) 1960, sposata e con due figli (nati nel 1987 e nel 1990), ha lavorato in Svizzera tra il 1990 e il 2003, da ultimo, a partire da agosto 2001 fino al 31 dicembre 2002, in qualità di donna delle pulizie per l'B._____ a (…), con un contratto di lavoro a ore (doc. 87 dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito doc. UAIE 87]), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. UAIE 1).

A.b Dalle carte processuali emerge che la ricorrente, rientrata in Italia nel 2003, ha lavorato in Italia per un mese nel marzo del 2004 in ambito industriale quale operaia di supporto per macchinari utilizzati per la realizzazione di spalline per vestiti (doc. UAIE 10 pag. 4 e doc. UAIE 14 pag. 3).

B.

B.a Il 21 novembre 2022, l'interessata ha presentato una domanda volta all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. UAIE 6). Tale richiesta è stata trasmessa alla Cassa svizzera di compensazione dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale il 4 aprile 2023 (di seguito INPS; doc. UAIE 8).

B.b Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (di seguito: UAIE) ha acquisito agli atti la documentazione medica trasmessa dall'assicurata, nonché il *questionario per l'assicurato/a* da lei compilato in data 9 luglio 2023 (doc. UAIE 14).

B.c Il 17 luglio 2023, l'UAIE ha richiesto al proprio servizio medico di effettuare una valutazione della situazione medica dell'assicurata in relazione agli impedimenti nello svolgimento delle consuete mansioni domestiche, avendo ritenuto lo statuto dell'interessata essere quello di casalinga al 100% (doc. UAIE 68).

B.d Con presa di posizione medica del 20 luglio 2023 (doc. UAIE 69), il medico AI, dott. C._____, medicina interna, ha posto le diagnosi *con ripercussioni sulla capacità lavorativa* di sindrome cervico- e lombospondilogena cronico recidivante (M47.8) su alterazioni degenerative e, *senza ripercussioni sulla capacità lavorativa*, di sindrome metabolica con ipertensione arteriosa (I10) e sovrappeso (E66), di intolleranza al lattosio, di

sindrome ostruttiva di apnee notturne e di stato dopo isteroannessectomia (2014). Ha inoltre definito le limitazioni funzionali dell'assicurata e le percentuali di impedimento nello svolgimento delle mansioni domestiche a partire dal 9 novembre 2021.

B.e Con progetto di decisione del 28 luglio 2023 (doc. UAIE 72), l'UAIE ha comunicato all'interessata che esiste un danno alla salute che causa un'incapacità di svolgere le mansioni consuete del 22.44% dal 9 novembre 2021 e che si tratta di un tasso insufficiente per giustificare il diritto ad una rendita.

B.f Con osservazioni del 23 agosto 2023 al progetto di decisione (doc. UAIE 74), l'interessata ha sostenuto che l'UAIE ha preso in considerazione solo una minima parte dei problemi di salute indicati nei referti medici allegati alla sua richiesta di prestazioni. Ha altresì allegato che il marito, a causa di una severa cardiopatia, non è in grado di aiutarla nelle mansioni domestiche, come anche i figli, che svolgono un lavoro a tempo pieno e devono peraltro pure prendersi cura dei rispettivi figli. Inoltre, non sarebbe giusto interpretare il questionario per l'assicurata da lei compilato il 9 luglio 2023 (doc. UAIUE 14), peraltro senza poter contare sull'aiuto di alcuno, "diversamente da quello che io ho scritto". Infine, ha informato che avrebbe provveduto a produrre un certificato medico completo che potesse chiarire ulteriormente il suo stato di salute nella speranza che venisse "valutato in toto".

B.g Con invio elettronico del 24 settembre 2023, l'assicurata ha provveduto a trasmettere ulteriore documentazione medica (doc. UAIE 76-98).

B.h L'UAIE ha dunque domandato una nuova presa di posizione al proprio servizio medico (doc. UAIE 99).

B.i Con presa di posizione del 24 ottobre 2023 (doc. UAIE 100), il medico AI, dott. C._____, sulla base della nuova documentazione esibita ha ritenuto giustificato un aumento dell'incapacità ad esercitare determinate mansioni domestiche (doc. UAIE 100).

B.j Il 13 novembre 2023, l'UAIE ha effettuato la nuova valutazione dell'invalidità e ha determinato un grado d'invalidità per lo svolgimento delle mansioni consuete domestiche del 25.78% a partire dal 9 novembre 2021 (doc. UAIE 105).

B.k L'assicurata, con messaggio di posta elettronica del 13 novembre 2023, ha trasmesso un ulteriore rapporto medico del dott. D._____, chirurgia, datato 8 novembre 2023 (doc. UAIE 103), che è stato sottoposto all'attenzione del medico AI, dott. C._____. Quest'ultimo, con presa di posizione del 14 novembre 2023 ha indicato non esservi ragione di modificare le incapacità lavorative determinate nel suo precedente rapporto del 24 ottobre 2023 (doc. UAIE 106).

B.l Con decisione del 23 novembre 2023 (doc. UAIE 107), l'UAIE ha pertanto respinto la domanda di rendita d'invalidità svizzera dell'assicurata. Nella motivazione della decisione, l'UAIE ha indicato che la medesima presenta un'incapacità nello svolgimento delle consuete mansioni domestiche del 25,78% dal 9 novembre 2021, insufficiente per giustificare il diritto a una rendita d'invalidità.

C.

C.a Con scritto del 3 gennaio 2024 (doc. TAF 1), inoltrato per e-mail il 4 gennaio 2024 all'UAIE, l'interessata ha inoltrato una "richiesta di ricorso" contro la decisione dell'UAIE del 23 novembre 2023 che l'autorità inferiore ha poi trasmesso per competenza al Tribunale amministrativo federale.

C.b Con decisione incidentale del 12 giugno 2024 (doc. TAF 5), questo Tribunale ha invitato l'insorgente a comunicare se intendesse interporre ricorso contro la decisione dell'UAIE del 23 novembre 2023 e, in caso affermativo, le ha assegnato un termine di 5 giorni dalla notificazione del provvedimento in questione per regolarizzare l'atto impugnativo.

C.c Il 21 giugno 2024, l'insorgente ha esibito un atto di ricorso regolarizzato, con il quale ha sostanzialmente contestato la decisione dell'UAIE del 23 novembre 2023, sostenendo che l'autorità inferiore non ha preso in considerazione tutti i suoi problemi di salute (doc. TAF 7).

C.d Il 9 agosto 2024, la ricorrente ha versato l'anticipo di fr. 818.- a copertura delle presumibili spese processuali (doc. TAF 10).

C.e Con risposta al ricorso del 3 ottobre 2024 (doc. TAF 14), l'UAIE ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata.

C.f Il 20 novembre 2024 (timbro postale), la ricorrente ha prodotto nuova documentazione medica (doc. TAF 17).

C.g Con duplica del 15 gennaio 2025 (doc. TAF 19), l'UAIE ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata, rinviando alla valutazione di cui al rapporto del 17 dicembre 2024 del medico AI, dott. C._____ (doc. TAF 19).

C.h Per quanto necessario, il contenuto ulteriore degli atti e delle memorie di parte sarà esaminato nei considerandi in diritto che seguono.

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).

1.2 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, pronunciate dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

1.3 La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). Salvo disposizioni transitorie contrarie, le nuove norme procedurali si applicano immediatamente e in piena misura con la loro entrata in vigore (DTF 129 V 113 consid. 2.2; 130 V 1 consid. 3.2).

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. 48 cpv. 1 PA), il ricorso, interposto tempestivamente (art. 50 cpv. 1 PA) e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA), è pertanto ammissibile.

2. La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliata in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero, essendo la medesima stata assicurata ed avendo lavorato in Svizzera tra il 1990 ed il 2002 (doc. UAIE 98, pag. 351; 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).

3. Giova per altro rilevare che la ricorrente ha versato contributi AVS/AI svizzera per più di 10 anni (doc. UAIE 1) e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione di tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI).

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 146 V 364 consid. 7.1; 144 V 210 consid. 4.3.1; 136 V 24 consid. 4.3).

4.2 Il 1° gennaio 2022, sono entrate in vigore 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’Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull’assicurazione per l’invalidità (OAI, RS 831.201; RU 2021 706).

4.3 La domanda di prestazioni essendo stata presentata il 21 novembre 2022 ed il diritto alla rendita AI potendo dunque nascere al più presto il 1° maggio 2023, ossia posteriormente al 31 dicembre 2021 (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI e all’art. 29 cpv. 1 LAI; DTF 142 V 547 consid. 3.2), al caso in esame, salvo indicazione contraria, si applicano di principio, conformemente ai

principi generali del diritto intertemporale, le disposizioni legali in vigore dal 1° gennaio 2022.

4.4 Il diritto ad una rendita d'invalidità presuppone ad ogni buon conto un grado d'invalidità di almeno il 40% (cfr. art. 28 cpv. 1 lett. c e art. 28*b* LAI; sentenza del TF 9C_188/2025 del 31 luglio 2025 consid. 4.1).

4.5 Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 23 novembre 2023. 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). I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato la situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1; 130 V 138 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b). 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).

5.

5.1 L'invalidità ai sensi della LPGA 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 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI). La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e relativi riferimenti). Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGA, 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 LPGA). Secondo l'art. 6 LPGA, 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).

5.2 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). In virtù dell'art. 28 cpv. 1bis LAI, la rendita secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI non è concessa fintantoché non sono esaurite le possibilità d'integrazione secondo l'art. 8 cpv. 1^{bis} e 1^{ter} LAI.

6.

6.1 Alfine 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 (DTF 140 V 193 consid. 3.2; 132 V 93 consid. 4). 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. 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_555/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1, 9C_745/2010 del 30 marzo 2011 consid. 3.2 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2). In presenza di rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti su cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

6.2 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 concludenti, 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 che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), come pure in relazione allo scopo di trattamento del curante rispetto a quello di un medico perito, per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende 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 9C_275/2022 del 6 settembre 2022 consid. 4.2). Tuttavia, il semplice fatto che un certificato od una perizia siano redatti dal medico curante non costituisce di per sé un motivo per metterne in dubbio l'attendibilità (DTF 125 V 351 consid. 3b/dd). Il medico curante proprio perché segue da più tempo il paziente può fornire importanti

indicazioni quanto all'accertamento dei fatti da un punto di vista medico (sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.3). I suoi rapporti possono essere atti a mettere in dubbio l'affidabilità e la concludenza dei pareri medici interni (DTF 135 V 465 consid. 4.5). Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione può essere attribuito pieno valore probatorio, a condizione che essi si rivelino concludenti, 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).

6.3 Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è di principio consentito che il giudice delle assicurazioni sociali basi la propria decisione unicamente sui rapporti di un medico interno all'assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di tali rapporti, devono tuttavia essere poste esigenze severe. Nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti ed occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (DTF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4; 122 V 157 consid. 1d). I pareri del servizio medico regionale e del servizio medico dell'UAIE sono da considerare quali rapporti medici interni all'amministrazione (sentenze del TF 9C_159/2016 del 2 novembre 2016 consid. 2.2 e 8C_197/2014 del 3 ottobre 2014 consid. 4).

6.4 I rapporti del servizio medico regionale (SMR) o del servizio medico dell'UAIE hanno per funzione – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa 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). 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_58/2011 del 25 marzo 2011 consid. 3.3).

7. Riassunto della documentazione medica determinante

7.1 Nella sua ultima presa di posizione del 24 ottobre 2023 (doc. UAIE 100), su cui è fondata la decisione impugnata, il dott. C._____ ha ritenuto, senza specificare in dettaglio i documenti medici esaminati, le seguenti *diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa*: sindrome cervico- e lombospondilogena cronico recidivante (M47.8 [già posto nel rapporto del 20 luglio 2023]) e rizoartrosi nonché tendinite DeQuervain a destra (M18.0). Queste affezioni giustificano un aumento dell'incapacità nello svolgimento di certe mansioni domestiche. Ha inoltre reputato le seguenti *diagnosi senza ripercussione sull'attività lavorativa:* fibromialgia, lesione della cuffia dei rotatori a destra di data non recente, sindrome del tunnel carpale bilaterale, sindrome metabolica con ipertensione arteriosa e sovrappeso, intolleranza al lattosio, sindrome ostruttiva di apnee notturne e stato dopo isteroannessectomia (2014).

7.2 Nella decisone impugnata del 23 novembre 2023, l'UAIE ha indicato che, tenuto conto dell'insieme della documentazione agli atti (precisata in dettaglio), l'impedimento a svolgere le consuete mansioni è del 25.78% (cfr., sul calcolo dell'impedimento, doc. UAIE 104 pag. 3), tasso insufficiente per giustificare il diritto ad una rendita.

7.3 Nel ricorso, l'insorgente si duole di un'insufficiente presa in considerazione delle affezioni di cui soffre e fa valere che, sulla scorta dei referti medici versati agli atti, emerge una situazione valetudinaria differente rispetto a quella ritenuta dall'autorità inferiore. L'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti sarebbe pertanto da considerarsi incompleto (doc. TAF 7).

7.4 Nella risposta al ricorso del 3 ottobre 2024 (doc. TAF 14), l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. Ha precisato che la situazione clinica attuale comporta una riduzione della capacità come casalinga unicamente per i lavori pesanti. Il suo servizio medico sarebbe stato in grado di determinare la capacità della ricorrente di svolgere le proprie mansioni domestiche sulla base di un incarto completo, per cui non sarebbero necessarie ulteriori valutazioni, fermo restando che l'insorgente non ha prodotto alcun documento medico atto a mettere in discussione la valutazione del proprio servizio medico.

7.5 Con plico raccomandato del 20 novembre 2024, la ricorrente ha prodotto, senza scritto d'accompagnamento da parte sua, nuova documentazione medica (doc. TAF 17). In particolare, ha presentato una valutazione

del dott. E._____, medicina legale e delle assicurazioni, del 15 novembre 2024. Detto medico ha allegato che l'assicurata è affetta delle seguenti patologie: osteoartrosi polidistrettuale con severa rizoartrosi sintomatica a destra, insufficienza venosa agli arti inferiori con varici, spondiloartrosi cervicale e lombare con discopatie ed ernie discali multiple, sindrome fibromialgica, lesione della cuffia dei rotatori della spalla destra con importante deficit funzionale, ipertensione arteriosa, sindrome del tunnel carpale bilaterale maggiore a destra con importante deficit funzionale, pregressa isterectomia, dislipidemia, sindrome ostruttiva delle apnee del sonno. Ha osservato che tali patologie sono a carattere cronico e necessitano di terapia continua, che incidono notevolmente sulla capacità di lavoro, soprattutto la patologia poliartrosica della colonna vertebrale della spalla destra, delle mani e la sindrome fibromialgica con un'incidenza pari al 60% nelle comuni attività e di casalinga. Ha inoltre sostenuto che tali patologie "erano già presenti fin dal 2021 con la medesima gravità ed incidenza sulla capacità al lavoro: del 60%". La ricorrente ha trasmesso anche un rapporto redatto in seguito ad un ricovero dal 2 al 4 ottobre 2024 presso il reparto reumatologico dell'Ospedale regionale F._____ di (…), redatto dalla dott.ssa G._____, la quale, alla luce dei referti ha posto le seguenti diagnosi: connettivite indifferenziata in follow-up, fibromialgia, psoriasi, congiuntivite secca ed angiosclerosi corio-retinica bilaterale, OSAS, faringite sieromucosa, nota lesione della cuffia dei rotatori della spalla destra, ipertensione arteriosa, dislipidemia ed epatosteatosi, sindrome del tunnel carpale bilaterale, insufficienza venosa cronica, tiroide nodulare normo funzionante, iperparatiroidismo in deficit di vitamina D.

7.6 L'autorità inferiore ha provveduto a trasmettere la nuova documentazione al proprio servizio medico e, con presa di posizione medica del 17 dicembre 2024 (doc. TAF 19, pag. 5 segg.), il dott. C._____ ha posto le seguenti *diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa*: sindrome cervico- e lombospondilogena cronico recidivante su (M47.8) alterazioni degenerative, rizoartrosi e tendinite DeQuervain a destra (M18.0), lesione della cuffia dei rotatori a destra di data non recente (nota dall'anno 2004), cox- e gonartrosi bilaterale (M16.0/M17.0), poliartrosi delle mani (M15.0), artrosi delle caviglie (M19.0). Ha poi indicato le seguenti *diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa*: varicosi degli arti inferiori con insufficienza venosa cronica (stato dopo tromboflebite della gamba destra nell'anno 1994), fibromialgia/connettivite indifferenziata, psoriasi cutanea, sindrome del tunnel carpale bilaterale, sindrome metabolica con ipertensione arteriosa (I10), sovrappeso (E66) e dislipidemia, steatosi epatica, intolleranza al lattosio, allergia ai crostacei, sindrome ostruttiva di apnee notturne, stato dopo isteroannessectomia (2014), stato dopo cura per

helicobacter pilori (2019), stato dopo polmonite (2021) e bronchite (2024). Il medico AI ha pure osservato, con particolare richiamo al rapporto medico del 15 novembre 2024 (certificato del dott. E._____, doc. TAF 17), che "i disturbi soggettivi concernono la colonna cervicale e lombare con sensi di vertigini/sbandamento ai movimenti del collo con cefalea intermittente. Pare che la patologia della spalla destra come pure una poliartrosi delle mani e delle alterazioni degenerative coxo-femorali, delle ginocchia e caviglie limitano in maniera più significativa le attività strumentali della vita quotidiana, per cui adatto le incapacità lavorative parzialmente dalla data del E213, mentre non viene nominata la connettivite indifferenziata dovuta a disturbi del campo gastrointestinale, dermatologico e della sintomatologia algica diffusa, che si pone come diagnosi in conclusione di un ricovero ospedaliero avvenuto dal 2.10.2024 al 4.10.2024". Ha poi concluso che, oltre alle cure regolari di tipo farmacologico e mezzi ausiliari, un calo ponderale sarebbe utile nella riduzione dei problemi delle ginocchia e delle caviglie. Nell'allegato III della presa di posizione del 17 dicembre 2024, il dott. C._____ ha pertanto indicato le percentuali di impedimento nello svolgimento delle mansioni domestiche a partire dal 9 novembre 2021 rispettivamente dal 6 marzo 2023.

7.7 Sulla base della surriferita valutazione medica del proprio servizio medico, l'autorità inferiore ha aggiornato il proprio calcolo sull'impedimento a svolgere le consuete mansioni domestiche fissandole al 18,40% dal 9 novembre 2021 e al 26.36% dal 6 marzo 2026. Il grado d'invalidità è dunque insufficiente per far nascere un diritto ad una rendita AI svizzera.

8. Accertamento dei fatti e valutazione

8.1 In virtù delle risultanze processuali e per i motivi che saranno indicati di seguito, l'accertamento dei fatti svolto dall'autorità inferiore non permette di determinare con il necessario grado di verosimiglianza preponderante né lo statuto della ricorrente (v. di seguito il consid. 8.2) né l'insieme delle affezioni di cui soffre nonché la loro incidenza sulla residuata capacità lavorativa e/o di svolgere le consuete mansioni domestiche (consid. 8.3).

8.2

8.2.1 Sebbene la questione non sia stata sollevata dalla ricorrente in sede ricorsuale, questo Tribunale ritiene che sia necessario verificare se l'istanza precedente abbia correttamente determinato il suo statuto, dal momento che su questo punto l'autorità inferiore ha effettuato una valutazione molto generica e omesso di considerare che l'insorgente ha allegato

nel questionario per l'assicurata del 9 luglio 2023 (doc. UAIE 14 pag. 5) che se fosse stata in buona salute avrebbe ripreso una qualsiasi attività lavorativa per ragioni economiche.

8.2.2 La scelta di uno dei metodi di graduazione dell'invalidità (confronto dei redditi, confronto delle attività o metodo misto) dipende dallo statuto del potenziale beneficiario della rendita. Ai sensi dell'art. 24^{septies} OAI, lo statuto di un assicurato è determinato in base alla situazione lavorativa in cui si troverebbe, se non soffrisse di un danno alla salute (cvp. 1). L'assicurato è considerato: esercitante un'attività lucrativa secondo l'art. 28*a* cpv. 1 LAI, nel caso in cui, in assenza del danno alla salute, eserciterebbe un'attività lucrativa con un grado d'occupazione corrispondente ad almeno il 100% (cpv. 2 lett. a); non esercitante un'attività lucrativa secondo l'art. 28*a* cpv. 2 LAI, nel caso in cui, in assenza del danno alla salute, non eserciterebbe alcuna attività lucrativa (cpv. 2 lett. b); esercitante un'attività lucrativa a tempo parziale secondo l'art. 28*a* cpv. 3 LAI, nel caso in cui, in assenza del danno alla salute, eserciterebbe un'attività lucrativa corrispondente a un grado d'occupazione inferiore al 100% (cpv. 2 lett. c).

8.2.3 Se una persona sia da considerarsi appartenente all'una o all'altra di queste categorie si determina esaminando cosa essa avrebbe fatto, ritenute altrimenti le medesime circostanze, se non fosse subentrato il pregiudizio alla salute. Tale quesito si decide tenendo conto dell'evoluzione della situazione sino all'emanazione della decisione amministrativa litigiosa, ritenuto che l'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa completa o parziale va ammessa ove tale eventualità presenti un grado di verosimiglianza preponderante. Al fine di determinare lo statuto della persona assicurata (persona esercitante un'attività lucrativa a tempo pieno, a tempo parziale, senza attività lucrativa), si deve segnatamente esaminare se (e in quale misura) la stessa, da sana, avrebbe consacrato l'essenziale della sua attività all'economia domestica o a un'occupazione lucrativa, questo alla luce della sua situazione personale, famigliare, sociale, finanziaria e professionale. Inoltre, per determinare il campo d'attività che avrebbe occupato la persona assicurata, se avesse goduto di buona salute, si sarebbe dovuto tenere conto della necessità di riprendere o estendere un lavoro, dell'età, delle eventuali cure da prestare ai figli, della sua formazione, delle sue qualifiche personali e delle sue attitudini, ritenuto come nessuno di questi elementi abbia priorità sugli altri. Ai fini di questa valutazione si deve ugualmente tenere conto della volontà ipotetica della persona interessata, la quale, ove non altrimenti desumibile, dovrà dedursi, in quanto fatto interno, da indizi esterni, stabiliti secondo il grado della verosimiglianza preponderante richiesto nel diritto delle assicurazioni sociali (DTF 144 I 28 consid. 2.3; 141

V 15 consid. 3.1; 137 V 334 consid. 3.2; sentenze del TF 9C_279/2018 del 28 giugno 2018 consid. 2.2 e 9C_339/2014 del 31 luglio 2014 consid. 2.3).

8.2.4 L'UAIE ha considerato che la ricorrente, se non fosse subentrato il pregiudizio alla salute, si sarebbe dedicata al 100% all'attività di casalinga in quanto, a suo dire, prima del danno alla salute non veniva svolta nessun'attività lucrativa. Ha quindi fatto applicazione del metodo specifico per la definizione del grado d'invalidità.

8.2.5 Tuttavia, questo Tribunale rileva che nel *questionario per l'assicurato/a*, l'insorgente ha indicato chiaramente di aver interrotto l'attività lavorativa nel 2004 (anche se svolta per un solo mese) a causa di un danno alla salute e ha espressamente affermato che, se fosse in buona salute, eserciterebbe un'attività professionale (una qualsiasi) per ragioni economiche (doc. UAIE 14, pag. 5). Si osserva inoltre che l'insorgente ha svolto attività lavorative in Svizzera dal 1990 al 2002 e, da ultimo, in Italia per un mese nel 2004, e ciò nonostante l'assicurata avesse due bambini piccoli (nati nel 1987 e nel 1990).

8.2.6 Ritenuto che per la determinazione dello statuto dell'assicurata è determinante la natura delle attività che la stessa avrebbe esplicato qualora fosse stata in buone condizioni di salute, andava esaminato se l'insorgente, da sana, avrebbe consacrato l'essenziale della sua attività all'economia domestica o a un'occupazione lucrativa, questo alla luce della sua situazione personale, familiare, sociale e finanziaria (cfr. in particolare riferimenti giurisprudenziali ai consid. 8.2.2 e 8.2.3 del presente giudizio). Dagli atti di causa non risulta che l'autorità inferiore abbia svolto un sufficiente accertamento dei fatti ai sensi della succitata giurisprudenza. In effetti, nella richiesta al proprio servizio medico di effettuare una valutazione della capacità lavorativa della ricorrente, si è limitata a indicare che la stessa fosse da considerare casalinga, senza effettuare i necessari approfondimenti, in particolare senza interpellare la ricorrente stessa al riguardo, nonostante le allegazioni della stessa di cui al questionario per l'assicurata (doc. UAIE 14 pag. 5).

8.2.7 Pertanto, questo Tribunale ritiene che l'autorità inferiore ha ritenuto a torto di potere determinare lo statuto della ricorrente a decorrer da maggio 2023, momento a partire dal quale potrebbe sorgere al più presto il diritto dell'insorgente ad una rendita d'invalidità svizzera, quale casalinga al 100%, sulla base degli atti di causa al loro stato attuale e senza dovere effettuare degli ulteriori accertamenti d'ufficio. Già per questo motivo, ossia il non corretto accertamento dello statuto della ricorrente, la decisione

impugnata incorre nell'annullamento e gli atti di causa vanno rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa, conto tenuto della pertinente e citata giurisprudenza in materia, proceda alla nuova determinazione dello statuto della ricorrente con il grado della verosimiglianza proprio in materia d'assicurazione sociale e conto tenuto del fatto che non è sufficiente accontentarsi, per quanto attiene al grado di prova, di una semplice ipotesi non sufficientemente solida.

8.3 Ma vi è di più. Per quanto attiene all'accertamento dei fatti dal profilo medico, questo Tribunale rileva che né nelle diverse prese di posizione del medico AI, dott. C._____, nell'ambito della procedura di prima istanza e di ricorso (prese di posizione del 20 luglio 2023, del 24 ottobre 2023 e del 17 dicembre 2024), né nella decisione impugnata né ancora nella risposta al ricorso del 3 ottobre 2024 o nella duplica del 15 gennaio 2025 dell'autorità inferiore sono citate e prese in considerazione tutte le affezioni di cui ai diversi rapporti medici agli atti, né tantomeno indicati i motivi per cui hanno, e quale, o non hanno una determinata incidenza sulla residua capacità lavorativa o sulla capacità di svolgere le consuete mansioni domestiche.

8.3.1 Basti qui rilevare che in particolare in due rapporti medici e nella perizia particolareggiata E213, ossia nella consulenza medico-tecnica del 17 luglio 2022 redatta dal dott. H._____ (doc. UAIE 18, pag. 10), nella perizia medica particolareggiata E213 del 20 marzo 2023 della dott. I._____ (doc. UAIE 11, punto 7, pag. 7) e nella valutazione invalidità al lavoro del 15 novembre 2024 (doc. TAF 17 pagg. 1 e 2), è fatto riferimento alla diagnosi di sindrome fibromialgica. Nei primi due dei succitati documenti, come in un rapporto del dott. L._____del 3 marzo 2023, è altresì menzionato un disturbo ansioso depressivo (doc. UAIE 11, punto 5.2, pag. 5; doc. UAIE 18 pag. 9 e seg.; doc. UAIE 55). Si rileva altresì che nel rapporto di consulenza medico-tecnica del 17 luglio 2022 è citata copiosa documentazione medica non agli atti dell'UAIE e che il dott. H._____, conclude – dopo una valutazione delle singole affezioni – che vi è un'incapacità lavorativa del 75% (doc. UAIE 18 pag. 10 segg.). Anche nella perizia particolareggiata E213 del 20 marzo 2023 è indicato un grado di invalidità per l'ultimo lavoro svolto del 67% (doc. UAIE 11, punto 11.7, pag. 9) e nella valutazione invalidità al lavoro del dott. E._____ del 15 novembre 2024 un'invalidità del 60% (doc. TAF 17 pag. 1 e 2).

8.3.2 Questo Tribunale osserva in particolare che il medico AI, dott. C._____, medicina interna, non ha fatto alcun riferimento al disturbo ansioso-depressivo in nessuno dei suoi pareri medici. Ha invece indicato la sindrome fibromialgica tra le diagnosi senza ripercussioni sulla capacità

lavorativa nelle sue prese di posizione del 24 ottobre 2023 e del 17 dicembre 2024, senza però indicare il motivo per cui ritiene che non abbia ripercussioni sulla capacità lavorativa, contrariamente a quanto sostenuto, ad esempio, dal dott. E._____, medicina legale e delle assicurazioni, il quale ritiene che, in particolar modo, la patologia poliartrosica della colonna vertebrale e della spalla destra, nonché la sindrome fibromialgica, incidano notevolmente sulla capacità della ricorrente a svolgere le comuni attività e quelle di casalinga (cfr. consid. 7.2.7; doc. TAF 17).

8.3.3 Ora, di fronte alla diagnosi di fibromialgia e considerando che il medico AI non ha fornito chiarimenti sufficienti e non è specializzato in ambito reumatologico e psichiatrico, l'autorità inferiore avrebbe dovuto prendere in considerazione la possibilità di effettuare una perizia (almeno) in questi due ambiti (v. considerando 8.3.4 del presente giudizio), rispondente ai criteri di una procedura probatoria strutturata. Tuttavia, l'UAIE non ha fatto svolgere i necessari approfondimenti al riguardo, tantomeno motivato lege artis per quale motivo giungeva a conclusioni diverse da quelle dei medici curanti e della perizia particolareggiata E213.

8.3.4 Una perizia psichiatrica è infatti, di regola, necessaria quando si tratta di pronunciarsi sull'incapacità lavorativa che i disturbi da dolore somatoforme, rispettivamente le patologie assimilate a questi ultimi, quali la fibromialgia, sono in grado di causare (DTF 137 V 64 consid. 4 e 5 e 130 V 353 consid. 2.2). Sebbene la diagnosi di fibromialgia sia posta da uno specialista reumatologo, occorre pure esigere il concorso di uno specialista in psichiatria, tanto più che i fattori psicosomatici hanno un'influenza determinante sullo sviluppo di detta patologia. Una perizia pluridisciplinare che tenga conto sia degli aspetti reumatologici che degli aspetti psichici costituisce di principio una misura d'istruzione adeguata al fine di stabilire se l'assicurata presenta uno stato doloroso di una gravità tale che la messa a profitto della sua capacità lavorativa in un mercato del lavoro equilibrato sia ancora esigibile e in quale misura (DTF 132 V 65 consid. 4.3). Al riguardo occorre anche rilevare che, secondo una costante giurisprudenza del Tribunale federale, in ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (DTF 141 V 281 consid. 2.1) e 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 leggero a medio (DTF 143 V 409), 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 atta a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti, e, dall’altro, le risorse della persona (DTF 143 V 418 consid. 6 segg., 143 V 409; 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e 4.1), procedura d’accertamento dei fatti strutturata che non è stata effettuata nell’ambito dell’istruttoria della domanda di rendita d’invalidità svizzera di cui trattasi, senza che sussistano le condizioni necessarie per potervi eccezionalmente rinunciare, ossia in particolare quando è stata posta una diagnosi lege artis senza influsso sulla capacità lavorativa (cfr., sulla questione, la sentenza del TF 8C_153/2021 del 10 agosto 2021 consid. 5.4.1 e 5.4.2 con rinvii).

8.3.5 Stante le succitate premesse, l’autorità inferiore neppure ha affrontato il tema della necessità di una perizia reumatologica e psichiatrica, tanto meno ha motivato una rinuncia a quest’ultime. Nel caso concreto non sono ravvisabili ragioni per poter rinunciare al loro espletamento, l’implicita rinuncia da parte dell’autorità inferiore sfocia in un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti (ai sensi dell’art. 49 lett. b PA).

8.4 Anche la valutazione dell’incapacità a svolgere le consuete mansioni di casalinga svolta dal dott. C._____ non convince, in quanto non adeguatamente motivata.

8.4.1 In effetti, secondo giurisprudenza, occorre di massima un’inchiesta domiciliare per la determinazione dell’incapacità a svolgere le consuete mansioni di casalinga, segnatamente nei casi in cui l’incapacità si fonda su problemi fisici (sentenza del TF 9C_784/2008 consid. 4.2.1 e relativi riferimenti, tra cui segnatamente il consid. 5.2.1 della sentenza del Tribunale federale I 246/05 non pubblicato in DTF 134 V 9). Peraltro, nei casi in cui l’incapacità si basa essenzialmente su problemi psichici ed allorquando sussiste divergenza tra le risultanze dell’inchiesta domiciliare e gli accertamenti medici in merito all’incapacità a svolgere le consuete mansioni, gli accertamenti medici hanno preminenza su quelli risultanti dall’inchiesta domiciliare (cfr., sulla questione le sentenze del TF 9C_925/2013 del 1° aprile 2014 consid. 2.2, 9C_108/2009 del 29 ottobre 2009 consid. 4.1 e I 733/06 del 16 luglio 2007 consid. 4.2.1 e relativi riferimenti).

8.4.2 A prescindere dalla questione di sapere se nel caso concreto fosse eccezionalmente ammesso rinunciare ad un'inchiesta domiciliare (cfr. la sentenza del TF I 733/06 consid. 4.2.2 sulla possibilità di rinunciare ad un'inchiesta domiciliare in caso di domicilio all'estero dell'assicurato), occorre rilevare che sulla questione della residua capacità ad esercitare le consuete mansioni domestiche non vi è stata nell'ambito della domanda di

rendita in esame perlomeno un colloquio/discussione tra l'insorgente e un medico incaricato dall'UAIE (cfr., anche su questa questione, le sentenze del TF 9C_597/2019 del 30 giugno 2020 consid. 4 e 5; I 733/06 consid. 4.2.2 nonché le sentenze del TAF C-3179/2011 del 4 marzo 2013 consid. 7, in particolare consid. 7.3, e C-4400/2010 del 4 gennaio 2012 consid. 12.3.1). Sebbene agli atti figuri il *questionario per l'assicurato/a* compilato dall'insorgente (doc. UAIE 14) e la tabella di valutazione degli impedimenti compilata dal medico AI, dott. C._____ (cfr. la più recente: doc. UAIE doc. TAF 19, Allegato III, pag. 7 e segg.), questo Tribunale ritiene che la valutazione svolta dal medico non risponda alle esigenze giurisprudenziali summenzionate e, in particolare, non consenta di stabilire in modo esauriente le incapacità dell'assicurata, in quanto il medico non si è sufficientemente pronunciato sulla questione, non ha effettuato un colloquio/discussione con la ricorrente al riguardo né indicato sulla base di quale considerazioni questo colloquio/discussione con l'insorgente non sarebbe stato necessario.

8.5 In conclusione, tenuto conto del fatto che i pareri del servizio medico dell'UAIE sono da considerare quali rapporti medici interni all'amministrazione e che pertanto, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (cfr. la giurisprudenza menzionata ai consid. 6.3 e 6.4), questo Tribunale ritiene che, nel caso di specie, occorra pertanto effettuare un completamento dell'istruttoria anche dal profilo medico, benché si tratti di una valutazione retrospettiva delle affezioni di cui soffre la ricorrente (cfr., sulla valutazione retrospettiva, la sentenza del TAF C-1478/2024 del 10 giugno 2026 consid. 10.5.3 con rinvio) dal momento che il diritto della rendita della ricorrente si estingue con l'inizio del diritto ad una rendita di vecchiaia, nel caso concreto il 1° febbraio 2024 (art. 30 lett. b LAI in combinazione con l'art. 21 cpv. 1 LAVS e con le disposizioni transitorie della modifica della LAVS del 17 dicembre 2021 [segnatamente lett. a.a;], AVS 21; RU 2023 92; FF 2019 6305).

9. Alla luce di quanto precede, consegue che la decisione impugnata deve essere annullata, per insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti, e gli atti di causa devono essere rinviati all'amministrazione alfine di un completamento dell'istruttoria ai sensi dei considerandi. Dal profilo medico, il completamento presuppone l'effettuazione perlomeno di una perizia bidisciplinare in ambito reumatologico e psichiatrico, riservati eventuali ulteriori accertamenti che dovessero risultare necessari in considerazione dell'evoluzione dello stato di salute della ricorrente, con verifica dell'incidenza delle diverse patologie e del loro possibile effetto congiunto sulla

residua capacità lavorativa dell'insorgente. Preliminarmente, va peraltro determinato, con il grado di verosimiglianza preponderante, lo statuto della ricorrente lavorativo (art. 24^{septies} OAI) e quindi il metodo applicabile per calcolare l'invalidità.

10.
Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (art. 61 PA). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (sentenza del TAF C-2381/2024 del 2 marzo 2026 consid. 11.1 con rinvio). Tale non è il caso nella presente causa per le ragioni precedentemente indicate.

10.1 Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione. L'autorità inferiore dovrà in particolare far effettuare una perizia medica in reumatologia e psichiatria, da svolgersi in Svizzera – i periti dovendo conoscere i principi della medicina assicurativa svizzera [v., fra le altre, le sentenze del TAF 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) – da parte di periti indipendenti (art. 7*m* dell'ordinanza dell'11 settembre 2002 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali [OPGA; RS 830.11]), nel rispetto dei diritti di partecipazione della ricorrente (art. 44 LPGA; DTF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) e dell'art. 72bis OAI (DTF 139 V 349 consid. 5.2.1) nonché ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute della ricorrente dovesse ancora rendere necessario.

10.2 Peraltro, stante le premesse, 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. In effetti, in assenza dei citati accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute e sulla residua capacità lavorativa della ricorrente. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (in particolare quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un accertamento peritale bidisciplinare in ambiti che non sono stati (o comunque insufficientemente) chiariti nella procedura di prima istanza, ma che lo avrebbero dovuto essere prima

dell'emanazione della decisione litigiosa, gli elementi per dovere agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Peraltro, il Tribunale federale ha già avuto modo pure di precisare che in virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non siano sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

11.

11.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo di fr. 818.-, corrisposto il 9 agosto 2024, sarà restituito alla ricorrente al momento della crescita in giudicato della presente sentenza.

11.2 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 degli atti – 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)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.
Il ricorso è accolto, nel senso che la decisione impugnata del 23 novembre 2023 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché sia proceduto al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.
Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 818.-, corrisposto il 9 agosto 2024, sarà restituito alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

3.
Non si attribuiscono ripetibili.

4.
Questa sentenza è comunicata alla ricorrente, all'autorità inferiore e all'UFAS.

Il presidente del collegio:	La cancelliera:
Vito Valenti	Ambra Martignoni

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli 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: