

BVGer C-1193/2017 vom 23. Januar 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-01-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1193_2017

FR: TAF C-1193/2017 du 23 janvier 2020

IT: TAF C-1193/2017 del 23 gennaio 2020

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

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

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

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione impugnata e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso - interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681 [cfr. DTF 143 V 81]).

E. 2.2

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

E. 2.3

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

E. 2.4

Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

E. 2.5

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

E. 3.1

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

E. 3.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 25 gennaio 2017. 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 (cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-1916/2017 del

4 dicembre 2019 consid. 3.3 con rinvii).

E. 4

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI); aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4). La ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi per più di tre anni, fermo restando che ha versato all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità contributi per più di un anno (cfr. doc. A pag. 28).

E. 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 ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI).

E. 5.2

Secondo l'art. 7 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 ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

E. 5.3

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%.

E. 5.4

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).

E. 5.5

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 con rinvii). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile

da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 5.6

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 (cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-3196/2017 dell'11 settembre 2019 consid. 4.6).

E. 6.1

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

E. 6.2

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

E. 6.3

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, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

E. 6.4

Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396 [cfr., più in generale, la necessità di una valutazione medica in DTF 137 V 210 consid. 3.4.2.3]). Tenendo conto di diversi criteri, lo psichiatra deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato.

E. 6.5

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

E. 7.1

Una perizia psichiatrica è, di regola, necessaria quando si tratta di pronunciarsi sull'incapacità lavorativa che i disturbi da dolore somatoforme rispettivamente le patologie assimilate a questi ultimi, quali la fibromialgia, sono in grado di causare (DTF 137 V 64 consid. 4 e 5 e 130 V 353 consid. 2.2.2). Sebbene la diagnosi di fibromialgia sia posta da uno specialista reumatologo, occorre pure esigere il concorso di uno specialista in psichiatria, tanto più che i fattori psicosomatici hanno un'influenza determinante sullo sviluppo di detta patologia. Una perizia pluridisciplinare che tenga conto sia degli aspetti reumatologici che degli aspetti psichici sembra costituire di principio una misura d'istruzione adeguata al fine di stabilire se l'assicurato presenta uno stato doloroso di una gravità tale che la messa a profitto della sua capacità al lavoro in un mercato del lavoro equilibrato non sia più esigibile o lo sia solo parzialmente (DTF 132 V 65 consid. 4.3).

E. 7.2

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

E. 7.3

Con la sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza, abbandonando la presunzione secondo cui i disturbi da dolore somatoforme possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile da parte della persona che ne è affetta (questa presunzione implicava peraltro il presupposto che l'incapacità di compiere simili sforzi comportava sempre e solo una completa incapacità al lavoro; consid. 3.4.2.2) e stabilendo che la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di disturbi da dolore somatoforme oppure di un'affezione psicosomatica assimilata a questi ultimi (consid. 4.2) deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti normativa strutturata atta a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (consid. 3.4, 3.5 e 3.6).

E. 7.4

Il Tribunale federale ha stabilito degli indicatori per la valutazione del carattere invalidante delle affezioni psicosomatiche, suddividendoli in due categorie (consid. 4.1.3): A. Categoria

"gravità funzionale" a. Complesso "danno alla salute" i. Risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi ii. Successo od insuccesso del trattamento iii. Successo od insuccesso della reintegrazione iv. Comorbidità b. Complesso "personalità" (diagnosi della personalità, risorse personali) c. Complesso "contesto sociale" B. Categoria "coerenza" (aspetti del comportamento) a. Limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili b. Sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione. Gli indicatori della categoria "gravità funzionale" costituiscono la base della valutazione del caso concreto, le cui conclusioni dovranno poi essere analizzate nell'ambito della valutazione del caso secondo gli indicatori della categoria "coerenza", tenendo altresì conto delle circostanze particolari della fattispecie. Il catalogo di indicatori è peraltro destinato a modificarsi in relazione agli sviluppi delle conoscenze scientifiche (consid. 4.1.1 e 4.3).

E. 7.5

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

E. 7.6

Il Tribunale federale ha comunque sottolineato che la nuova giurisprudenza non implica alcuna modifica del presupposto, di cui all'art. 7 cpv. 2 LPGA, secondo cui sussiste un'incapacità al guadagno suscettibile di cagionare un'invalidità soltanto se la stessa non è obiettivamente superabile. La nuova giurisprudenza non pregiudica altresì la necessità di riscontri oggettivi. Le valutazioni e le limitazioni soggettive che non sono spiegabili dal profilo medico non potranno essere considerate quali danni alla salute invalidanti, fermo restando che in tali casi di frequente non è seguito alcun trattamento adeguato (consid. 3.7.1). Pertanto, il Tribunale federale ha confermato che occorre partire dal principio che la persona che soffre di un'affezione psicosomatica è da considerarsi siccome valida (consid. 3.7.2).

E. 7.7

Nella sentenza 9C_899/2014 del 29 giugno 2015, il Tribunale federale ha poi precisato che, dal profilo medico, deve essere spiegato per quale motivo le limitazioni funzionali riscontrate giustificano una limitazione della capacità lavorativa, conto tenuto dello sforzo di volontà ragionevolmente esigibile, secondo gli indicatori stabiliti (sentenza del TF 9C_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 3.2). Un disturbo da dolore somatoforme od una patologia psicosomatica assimilata a quest'ultimo comportano un'invalidità, nella misura in cui le limitazioni funzionali di uno stato di salute accertato dal profilo medico sono

dimostrate, secondo gli indicatori stabiliti, in modo convincente e senza contraddizioni, perlomeno nel senso della verosimiglianza preponderante. In caso contrario, la persona assicurata sopporta le conseguenze dell'assenza di prova (sentenze del TF 9C_492/2014 consid. 6 e 9C_899/2014 consid. 3.2).

E. 7.8

Quanto agli effetti transitori della nuova giurisprudenza, il Tribunale federale ha osservato che la giurisprudenza concernente i requisiti di una perizia medica, di cui alla DTF 137 V 210 consid. 6, mantiene la propria validità, nel senso che le perizie mediche eseguite secondo i precedenti criteri non perdono necessariamente il loro valore probatorio. Nel singolo caso, occorre però esaminare, conto tenuto delle particolarità del caso e delle censure sollevate, se i documenti medici agli atti permettono una valutazione convincente del caso secondo gli indicatori stabiliti. Se del caso, un complemento della perizia medica può essere sufficiente (DTF 141 V 281 consid. 8).

E. 8

Nella presente fattispecie, questo Tribunale ritiene - per le ragioni che saranno indicate di seguito - che la fattispecie non è stata sufficientemente acclarata dall'amministrazione dal profilo medico.

E. 8.1

Lacune nelle perizie reumatologica e neurologica fatte eseguire dall'amministrazione

E. 8.1.1

Dal profilo reumatologico. Questo Tribunale rileva, da un lato, che sia nell'anamnesi personale dell'insorgente, riassunta a pagina 2 della perizia reumatologica del 1° marzo 2016, sia nella valutazione peritale, di cui alle pagine 6 e 7 della perizia stessa, è stato rilevato che la risonanza magnetica della colonna cervicale dell'8 aprile 2014 mostrava, tra le altre patologie, uno sfiancamento discale posteriore circonferenziale al passaggio C3/C4 e C4/C5 (cfr. anche doc. B 5 pag. 8) e che la risonanza magnetica cervicale del 19 novembre 2014 mostrava, tra le altre affezioni, "in C2/C3 una discreta protrusione discale mediana che giungeva a contatto del midollo senza improntarlo significativamente, senza alterazioni del segnale midollare, analogamente a livello C3/C4 si vedeva una protrusione discale paramediana a destra" (cfr. anche doc. A 1 pag. 3). Tuttavia, queste problematiche non sono state indicate/riprese nella diagnosi di cui a pagina 11 della perizia, senza che, alla lettura della perizia, sia comprensibile il motivo per cui dette problematiche non sarebbero suscettibili di avere un'incidenza sulla residua capacità lavorativa della ricorrente, anche in attività sostitutive adeguate (il perito reumatologo non ha altresì fatto nella sua diagnosi una distinzione tra affezioni con o senza incidenza sulla residua capacità lavorativa). Peraltro, al perito reumatologo neppure è stata sottoposta la RMN del 17 gennaio 2017 (dunque di data anteriore alla decisione impugnata), presentata dall'insorgente in sede ricorsuale, da cui risulta tra C4-C5 una protrusione discale paramediana, ingresso foraminale dx con una riduzione del relativo forame di coniugazione, senza che appaia possibile d'escludere aprioristicamente un'incidenza di detta problematica sulla residua capacità lavorativa della ricorrente. Quanto alla valutazione della residua capacità/incapacità lavorativa dell'insorgente da parte dal perito reumatologo, va osservato che è stata ritenuta un'incapacità lavorativa totale, quindi per qualsiasi tipo di attività, dal 18 marzo 2014 al 31 gennaio 2015, mentre, a decorrere dal 1° febbraio 2015, una incapacità lavorativa del 40% (diminuzione di rendimento) nella precedente attività di venditrice e una totale capacità

lavorativa in attività sostitutive adeguate rispettose delle limitazioni funzionali e di carico enumerate nel formulario allegato alla perizia (cfr. doc. A 57 pag. 180). Ora, il perito non ha tuttavia spiegato/motivato sulla base di quali risultanze mediche ha ritenuto esservi stato un miglioramento dello stato di salute della ricorrente. Informazioni conclusive al riguardo non sono altresì reperibili né nel rapporto finale del medico SMR del 22 settembre 2016, che riprende tale valutazione (miglioramento dello stato di salute intervenuto nel febbraio del 2015 [valutazione fatta propria anche nella decisione impugnata]), né nell'annotazione del medico SMR del 24 novembre 2016 né in altri atti di causa. L'accertamento dei fatti dal profilo reumatologico deve pertanto ritenersi carente (ma più in generale anche quello secondo cui vi sarebbe stato un miglioramento dello stato di salute nel febbraio del 2015).

E. 8.1.2

Dal profilo neurologico. Quanto alla perizia neurologica del 12 settembre 2016, va osservato che il perito ha rilevato che le cervicalgie di cui soffre la ricorrente sono difficili da valutare, ma che attualmente non sono presenti segni sospetti di irritazione radicolare (doc. A 67 pag. 214). Tuttavia, e nonostante il perdurare (ormai da anni) dei dolori manifestati dalla ricorrente (senza che siano stati rilevati segni di amplificazione o simulazione), non sono stati eseguiti nell'ambito della perizia neurologica esami obiettivi specifici (per esempio RMI o elettromiografici) della zona cervicale, ma solo della zona comprendente mano, polso e gomito (doc. A 67 pag. 217). In questo contesto, non soccorre il perito la generica affermazione che a suo giudizio le parestesie alle mani sono piuttosto da mettere in relazione con la compressione dei nervi mediani nei canali carpalici. Per il resto, il perito neurologo si è limitato ad indicare l'incidenza delle affezioni neurologiche sulla residua capacità lavorativa della ricorrente nella precedente attività di commessa. Non si è per contro espresso, tanto meno con idonea motivazione, sul punto di questione della residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate. Questo Tribunale non ritiene altresì che si possa dedurre implicitamente - e con il necessario grado della verosimiglianza preponderante valida nelle assicurazioni sociali - dalla perizia neurologica stessa, o da altri atti di causa, che in ambito neurologico la residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate (che avrebbero altresì dovuto essere specificate) è sicuramente da ritenersi del 100%. Basti qui rilevare che il perito stesso ha ritenuto un'incapacità lavorativa del 20% in ambito neurologico per la precedente attività di commessa, ma anche per le mansioni di casalinga. Nella perizia neurologica non è altresì stato affrontato esplicitamente, tanto meno con motivazione adeguata, neppure il tema dell'esistenza di eventuali limitazioni funzionali di tipo neurologico nell'esercizio di attività sostitutive adeguate. Tali lacune non sono state sanate né nel rapporto finale del SMR del 22 settembre 2016 né nell'annotazione del medico SMR del 24 novembre 2016, fermo restando che non emerge dalla documentazione di cui agli atti che il medico SMR disponga della specializzazione in neurologia. In conclusione, alla perizia neurologica in esame non può essere attribuito pieno valore probatorio.

E. 8.1.3

Dal profilo psichiatrico. Dal consulto peritale psichiatrico del 18 maggio 2016 eseguito dalla dott.ssa D. _____ (doc. A 61 pag. 188), risulta la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata (ICD 10 F 43.21). Tale diagnosi configura, a suo modo di vedere, un disturbo psichiatrico minore, in quanto, secondo la classificazione ICD-10, per emetterla devono sussistere solo sintomi depressivi non di entità tale da giustificare la presenza di un disturbo dell'umore. Dal profilo prettamente psichiatrico, la compromissione del funzionamento sociale e di quello

lavorativo è, sempre secondo la perita, lieve, anche se la ricorrente - che vorrebbe riprendere a lavorare - teme di non poter garantire continuità a causa dei limiti somatici. Descrivendo la giornata della ricorrente ha poi rilevato che la stessa fa ginnastica per un'ora tutti i giorni, che cura il giardino, che ha l'hobby della pittura, che aiuta il figlio a fare i compiti e svolge insieme a lui dei lavoretti, che ha contatti regolari con amiche, sorelle e una nipote, ma che esce poco di casa perché l'affatica, che svolge tutte le faccende domestiche impiegando però più tempo rispetto al passato e che gestisce la burocrazia domestica senza riferire difficoltà. Conferma, come il reumatologo, che non sono date le condizioni per ammettere la diagnosi di fibromialgia (non risultando, fra l'altro, generalizzata la percezione del dolore), ma tutt'al più una certa componente fibromialgica. Tuttavia, l'insorgente è una persona che non presenta una franca alterazione della personalità, ma un disturbo psichiatrico minore (la sindrome da disadattamento) sviluppato a seguito della comparsa di patologie somatiche, per le quali è attestata una certa componente fibromialgica. Sul piano terapeutico, nel 2015 la ricorrente ha effettuato qualche seduta con uno psicologo, dalle quali non avrebbe tuttavia tratto alcun beneficio. Un lavoro psicoterapico introspettivo sarebbe poco percorribile in considerazione delle caratteristiche strutturali dell'insorgente, la quale peraltro non ha mai assunto farmaci psichiatrici. Ha suggerito che si potrebbe tutt'al più prevedere un medicamento per il quale vi è una certa evidenza scientifica di effetto sugli aspetti fibromialgici, fermo restando che non vi sono elementi per ritenere che l'assunzione di tale terapia avrebbe effetti benefici sulla residua capacità lavorativa definita. La condizione di ristrettezza economica sostiene in grado marginale il quadro di disadattamento che è principalmente mantenuto dai disturbi somatici. Dopo aver esaminato le risorse e i deficit della ricorrente, il perito ha ritenuto esservi un disturbo psichiatrico minore (la sindrome da disadattamento) che non inficia in modo rilevante la vita sociale, di relazione e la possibilità di dedicarsi ai propri interessi. Ha ritenuto che la ricorrente mantiene una buona spinta volitiva, non fatica a pianificare i compiti e a gestire mansioni che richiedono capacità cognitive (come la gestione burocratica della casa), conserva una buona predisposizione verso i contatti con l'esterno e riesce a mantenere un buon contatto affettivo coi figli. Ha altresì indicato che sulla base di queste valutazioni l'invalidazione dal lato professionale è blanda. Ha quindi ritenuto un'incapacità lavorativa del 20% (con diminuzione del rendimento) sia nell'ultima attività svolta sia in attività adatte. Consentire tempi maggiori o la possibilità di pause nello svolgimento dei compiti può ovviare al deficit di tenuta e alle possibili fluttuazioni nelle funzioni cognitive superiori. L'attività di venditrice, dal lato psichiatrico, è confacente. Altre attività adatte devono prevedere mansioni e un ambiente sovrapponibili a quelli presenti nell'attuale contesto di lavoro. Anche per le attività adatte, l'incapacità resta comunque del 20% con diminuzione del rendimento. Il perito ha quindi ritenuto un'incapacità del 10% nell'esecuzione delle mansioni di casalinga (diminuzione del rendimento). Ha ritenuto che l'incapacità lavorativa descritta è insorta nell'agosto del 2014, ossia dopo gli interventi chirurgici, e che da allora è rimasta invariata. Ha altresì indicato che, dal lato psichiatrico, degli interventi di reintegrazione professionale sarebbero molto opportuni sotto forma di riallineamento al lavoro seguito da un aiuto al collocamento e sostegno in una fase iniziale. Dal profilo psichiatrico, questo Tribunale osserva che la perizia psichiatrica del 18 maggio 2016 si basa su due colloqui svolti il 28 aprile e il 2 maggio 2016 e sulla documentazione di cui agli atti dell'autorità inferiore, tra cui in particolare anche la perizia reumatologica del 1° marzo 2016. Il rapporto peritale comporta un'introduzione, l'anamnesi (familiare, personale, sociale, lavorativa e psicopatologica), l'esame clinico secondo AMDP-System, la

descrizione della giornata (comprese le attività ricreative, la vita sociale e le abitudini), la diagnosi, la discussione, la descrizione delle risorse e dei deficit (secondo lo schema MINI ICF-APP) e le conclusioni quanto alle conseguenze sulla capacità lavorativa e il momento in cui queste sono insorte. Tale perizia è completa, priva di contraddizioni e risponde inoltre ai requisiti posti dalla giurisprudenza in ambito di disturbi da dolore somatoforme oppure di un'affezione psicosomatica assimilata a questi ultimi, nel senso che è stata eseguita una procedura probatoria strutturata. La perizia psichiatrica infatti, conto tenuto che è stata posta una diagnosi psichiatrica con influsso sulla capacità lavorativa dell'insorgente (sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata), risponde a un esame sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti normativa strutturata atta a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro lato, le risorse della persona. Il perito ha infatti posto una diagnosi psichiatrica e valutato la conseguenza di questa patologia sulla capacità lavorativa dell'insorgente conto tenuto della comorbidità, della personalità, delle risorse, del contesto sociale nonché della limitazione che questa affezione psichiatrica può avere in tutti gli ambiti della vita e della sofferenza dimostrata dall'insorgente medesima all'idea di una ripresa lavorativa. Alla perizia psichiatrica può pertanto essere riconosciuto pieno valore probatorio e non vi è pertanto motivo per questo Tribunale di scostarsi dalla valutazione espressa dal perito psichiatrico quanto allo stato di salute della ricorrente e alla sua conseguenza sulla capacità lavorativa. Quanto alla documentazione trasmessa dalla ricorrente in sede di ricorso, questo Tribunale osserva che la relazione medico-psichiatrica dell'11 gennaio 2017 della dott.ssa H._____, specialista in psichiatria, di data posteriore alla perizia psichiatrica (ma di data anteriore alla decisione impugnata) è stata sottoposta al perito, la quale, con complemento peritale del 26 aprile 2017, ha confermato le proprie precedenti conclusioni. In particolare, il perito psichiatrico ha rilevato che la diagnosi posta dalla dott.ssa H._____ (di disturbo dell'adattamento con umore depresso) è la medesima diagnosi di cui alla perizia del 18 maggio 2016 e configura un disturbo psichiatrico minore. In particolare ha osservato che la relazione medico-psichiatrica trasmessa dalla ricorrente espone un quadro clinico (resoconto soggettivo ed esame psichico) sovrapponibile alla perizia del 2016, senza che emergano indizi seri e concreti a favore di un peggioramento dal profilo medico rispetto alla situazione determinata nella citata perizia. Peraltro, sempre secondo il perito, nella relazione medico-legale della dott.ssa H._____ non vi è alcuna descrizione dei limiti funzionali, nessun giudizio sull'incapacità lavorativa e nessun riscontro concreto del quadro clinico, per esempio attraverso una descrizione della quotidianità, della vita di relazione e degli interessi. Il perito ritiene pertanto che in base a tale relazione medico-legale non vi è motivo di scostarsi dalle conclusioni della perizia psichiatrica del 18 maggio 2016. Per le ragioni indicate dal perito psichiatrico, dott.ssa D._____, questo Tribunale non ravvede motivi per dubitare della citata perizia psichiatrica. Peraltro, neppure i certificati medici del 2 dicembre 2016 e del 5 gennaio 2017 del dott. G._____ soccorrono la ricorrente per quanto attiene alla valutazione della fattispecie dal profilo psichiatrico. Infatti, seppure nei menzionati certificati è indicata la diagnosi di sindrome ansioso depressiva, questo Tribunale osserva che il dott. G._____ non dispone di una specializzazione in psichiatria e i certificati appaiono del tutto generici. Per conseguenza, alla perizia psichiatrica del 18 maggio 2016, nonché al suo complemento del 26 aprile 2017, potrebbe essere, se prese isolatamente, conferito pieno valore probatorio. Tuttavia, le valutazioni e conclusioni della perizia psichiatrica andavano esaminate assieme con le altre valutazioni peritali di cui agli atti di causa per poi giungere a conclusioni consensuali, almeno per quanto attiene alle

interazioni tra le diverse incapacità lavorativa ritenute, ciò che però, a torto, non è stato fatto (cfr. consid. 8.2 del presente giudizio).

E. 8.2

Mancata effettuazione della necessaria perizia interdisciplinare

E. 8.2.1

Questo Tribunale osserva che il perito reumatologo ha (giustamente) segnalato la necessità di esperire, oltre ad una perizia neurologica, pure una perizia psichiatrica (sospetti per una comorbidità psichiatrica [possibile sviluppo di un dolore cronico {ritrovamento di 4 punti su 18 fibromialgici ripartiti altresì unicamente al cingolo cervicoscapolare}]). Tali accertamenti sono poi stati fatti eseguire dall'autorità inferiore in procedura di prima istanza. In sede di ricorso l'amministrazione ha ulteriormente sottoposto, altresì solo ai periti psichiatrico e neurologico, dei nuovi documenti presentati dalla ricorrente in sede ricorsuale.

E. 8.2.2

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, allorché si è confrontati con affezioni sia somatiche sia psichiche aventi incidenza sulla capacità lavorativa, occorre (di principio) valutare tali affezioni mediante l'esperimento di una perizia interdisciplinare, tanto più in presenza, come nel caso di specie, di una comorbidità psichiatrica (DTF 137 I 327 consid. 7.3, 132 V 65 consid. 4.3 con rinvii; sentenza del TF 9C_235/2013 del 10 settembre 2013 consid. 3.2; sentenza del TAF C-3196/2017 dell'11 settembre 2019 consid. 8.4 con rinvii).

E. 8.2.3

Al riguardo, questo Tribunale osserva, da un lato, che i tre accertamenti peritali (in ambito reumatologico, psichiatrico e neurologico) sono stati eseguiti l'uno indipendentemente/isolatamente dall'altro, anche se il perito neurologo, nella perizia neurologica del 12 settembre 2016, ha perlomeno indicato che l'incapacità lavorativa della ricorrente dal lui attestata nell'attività abituale (di commessa) è da integrarsi e non sommarsi all'incapacità lavorativa attestata dal perito reumatologo. Il perito reumatologo, dopo l'espletamento della sua perizia del 1° marzo 2016, non è tuttavia più stato coinvolto nell'accertamento dei fatti dal profilo medico, nel senso che non gli sono state sottoposte né le risultanze delle perizie psichiatrica e neurologica eseguite dopo quella reumatologica né i loro complementi fatti eseguire dall'autorità inferiore in sede ricorsuale (con riferimento a dei nuovi documenti medici esibiti dalla ricorrente di data posteriore alle perizie, ma anteriore alla decisione impugnata). Dal canto suo, la perita psichiatrica - cui è stata sottoposta peraltro unicamente la perizia reumatologica - non è stata comunque invitata a prendere posizione sulle risultanze dell'insieme delle altre perizie effettuate, segnatamente sulle possibili interazioni tra le diverse incapacità lavorative/riduzioni di rendimento ritenute nelle medesime. Non ha neppure spontaneamente preso posizione sulle interazioni tra le incapacità lavorative/riduzioni di rendimento da lei ritenute in relazione a quelle della perizia reumatologica. Infine, neppure il medico SMR ha posto rimedio a tali lacune (non si è espresso motivatamente al riguardo nelle sue prese di posizione). L'argomento non è peraltro stato affrontato dall'autorità inferiore né nella decisione impugnata né in sede di ricorso. Stante la giurisprudenza menzionata al considerando 8.2.2 del presente giudizio, l'autorità inferiore avrebbe dovuto - ciò che non ha fatto - sottoporre ai tre periti l'insieme della documentazione medica di cui agli atti di causa, segnatamente le perizie e i relativi complementi effettuati dagli altri periti incaricati dall'amministrazione, e invitarli a

pronunciarsi consensualmente sulle definitive incapacità lavorative da ritenere (nell'abituale attività rispettivamente in quelle sostitutive adeguate [così come sulle esistenti limitazioni funzionali]) e, soprattutto, sulle possibili interazioni tra le diverse incapacità lavorative ritenute nei tre ambiti in questione. Peraltro, quest'ultimo motivo sarebbe di per sé già sufficiente per dovere annullare la decisione litigiosa.

E. 9

Da quanto esposto, consegue che la decisione impugnata - che viola il diritto federale (accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti dal profilo medico) - incorre nell'annullamento. Giova altresì ancora rilevare che in considerazione dell'esito della lite, l'ulteriore censura sollevata dalla ricorrente, segnatamente quella sulla valutazione economica, può restare indecisa, l'autorità inferiore dovendo nuovamente pronunciarsi sul caso.

E. 10

Quando il TAF annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio. In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (cfr. sentenza del TAF C-3196/2017 dell'11 settembre 2019 consid. 10.1 con rinvio). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute della ricorrente, segnatamente con una perizia interdisciplinare, da svolgersi in Svizzera (cfr. sentenza del TAF C-3196/2017 dell'11 settembre 2019 consid. 10.2), in ambito reumatologico, neurologico e psichiatrico (non essendo sufficiente esaminare le affezioni mediante perizie isolate [cfr. consid. 8.2 del presente giudizio]) e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute della ricorrente dovesse rendere ancora necessario (per esempio dal profilo otorinolaringoiatrico [problemi alle corde vocali e nella deglutizione]), nonché a pronunciare, in tempi ragionevoli, una nuova decisione.

E. 10.1

Peraltro, e in siffatte circostanze, nulla - neppure la più recente giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) - si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza di tali accertamenti complementari (che avrebbero già dovuto essere esperiti prima dell'emanazione della decisione impugnata), non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute della ricorrente e sull'incidenza delle affezioni di cui soffre sulla residua capacità lavorativa nell'attività abituale e in attività sostitutive adeguate. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (segnatamente quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un complemento peritale indispensabile per potersi determinare nel caso in esame con cognizione di causa (DTF 137 V 2010 consid. 4.4.1.4) e che peraltro l'autorità inferiore avrebbe già dovuto richiedere prima di emanare la decisione impugnata, gli elementi per dover agire in tal senso essendo già noti prima dell'emanazione della decisione impugnata. Peraltro, il Tribunale federale ha già avuto modo pure di precisare che in virtù dell'art. 43 LPGa nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS

273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro 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 (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii [cfr. anche sentenza del TAF C-1722/2015 del 16 gennaio 2019 consid. 11.2 con rinvii]).

E. 10.2

Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 25 gennaio 2017 l'autorità inferiore ha respinto la richiesta di rendita formulata dall'insorgente.

E. 11.1

Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal pagamento delle spese processuali, è pertanto divenuta priva di oggetto.

E. 11.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. 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]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissato d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.- (compresi i disborsi ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-4/2019 del 26 settembre 2019 consid. 6.9 con rinvii]), tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante della ricorrente, nel caso di specie il Patronato INAS. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)

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