

BVGer C-1722/2015 vom 16. Januar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-01-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1722_2015

FR: TAF C-1722/2015 du 16 janvier 2019

IT: TAF C-1722/2015 del 16 gennaio 2019

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la propria 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 LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile. Inoltre, con versamento del 16 giugno 2015 (doc. TAF 14 e 15), la ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

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).

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

E. 3.2

Ne consegue che nell'evenienza concreta sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente fino alla pronuncia della decisione impugnata.

E. 4

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata (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 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 5.1

Oggetto del contendere, nel caso concreto, è la mancata assegnazione di una rendita intera di invalidità a A. _____ con effetto al più presto dal 1° agosto 2014 (ossia sei mesi dopo il deposito della domanda di prestazioni; consid. C), in ragione di un grado di invalidità del 22%.

E. 5.2

Al riguardo, l'insorgente sostiene, da una parte, che il suo stato di salute è rapidamente degenerato, ragione per cui sarebbe intervenuta già prima della decisione impugnata una totale incapacità lavorativa. D'altra parte, essa ha ribadito a più riprese che avrebbe preferito lavorare a tempo pieno, mettendo pertanto in discussione l'applicazione del metodo misto, o perlomeno la ripartizione operata dall'autorità inferiore. A sostegno delle proprie conclusioni, essa ha prodotto diversi referti medici, di cui si dirà, se necessario, in seguito (doc. TAF 1).

E. 5.3

Dal canto suo, l'UAIE, alla luce anche dei referti medici trasmessi (doc. A 61 e doc. TAF 1 e 4) e delle osservazioni dell'UAI-D. _____ e del SMR (doc. A 64 e doc. TAF 8, 17 e 21), ha considerato che la documentazione sanitaria prodotta ha effettivamente reso verosimile un peggioramento dello stato di salute dell'assicurata a partire da febbraio 2015 ma che tale aggravamento era suscettibile di incidere sul diritto alle prestazioni dell'assicurazione invalidità unicamente dopo la data della decisione impugnata. In particolare, l'amministrazione ha precisato che in applicazione dell'art. 88a cpv. 2 OAI un aggravamento dello stato di salute va tenuto in considerazione dal momento in cui è durato tre mesi senza interruzione notevole. Inoltre, l'UAIE ha confermato una suddivisione del 50% tra attività lavorativa e mansioni casalinghe, proponendo dunque la conferma della decisione impugnata e la reiezione del ricorso, indicando nondimeno di poterlo considerare quale nuova domanda di riesame del caso (cfr. doc. TAF 8).

E. 6

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).

E. 7.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 7.2

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

E. 7.3

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

E. 7.4

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

E. 7.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi). In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

E. 8.1

Per quel che concerne l'aspetto medico, ed in particolare l'evoluzione della patologia di cui soffre la ricorrente, va precisato che in seguito al ricovero presso l'Istituto Neurologico C._____ di (...) nel settembre del 2013, il dott. H._____, neurologo presso il citato nosocomio, ha indicato che "i dati clinici e gli accertamenti eseguiti durante il ricovero suggeriscono una probabile malattia del II° neurone di moto cui attribuire la sintomatologia della paziente. Tale quadro potrebbe essere di natura degenerativa e non si esclude pertanto un andamento peggiorativo. (...) Tale sintomatologia arreca ovvie limitazioni all'attività lavorativa in corso (cassiera), per cui è consigliabile trasferimento verso una mansione differente sul luogo di lavoro, ove la fonazione possa essere meno sollecitata" (doc. A 4, pag. 14).

E. 8.2

Con rapporto medico del 12 marzo 2014, il dott. I._____, medico curante, la cui specializzazione non è nota, ha confermato le note diagnosi e certificato una totale incapacità lavorativa nella precedente attività di cassiera ed indicato che appare possibile un lavoro a tempo parziale di circa 20 ore a settimana per un impiego leggero e prettamente manuale (doc. A 20, pag. 57).

E. 8.3

Al momento dell'allestimento della perizia del 10 maggio 2014, il dott. F._____ ha rilevato che la malattia ha mostrato una rapida evoluzione e che la prognosi è insicura e negativa, precisando che "non sono da ritenere probabili miglioramenti della sintomatologia della paziente, anzi la regola generale è di prevedere un peggioramento continuo, anche se fasi di stazionarietà della sintomatologia sono possibili (p. 8). Durante la visita medica, l'interessata stessa ha segnalato che "si sente di lavorare ancora in un tipo di lavoro per il quale non deve parlare se non quel poco che è necessario. Ideale sarebbe un luogo che può raggiungere facilmente. (...) Non si sente di sopportare un carico completo di lavoro a causa dei suoi diversi disturbi". Il medico ha poi indicato quale diagnosi più probabile una sclerosi laterale amiotrofica, forma bulbare ed ha attestato una totale incapacità lavorativa nella precedente attività di cassiera a partire dal 28 giugno 2013 ed un'idoneità del 40% in attività adeguate a partire dal mese di giugno 2013 (doc. A 28, cfr. anche doc. A 46 e 47).

E. 8.4

Con lettera di dimissione del 20 maggio 2014, il dott. L._____ dell'M._____ ha diagnosticato una malattia del motoneurone (tipo sindrome di Brown-Vialetto-Van Laere),

senza tuttavia esprimersi in merito alla residua capacità lavorativa (doc. A 37).

E. 8.5

Il medico SMR, con rapporto finale del 26 maggio 2014, ha sostanzialmente confermato le diagnosi e le conclusioni della perizia del dott. F._____, sottolineando che la prognosi circa l'evoluzione della capacità lavorativa era infausta, con possibilità della sopravvenienza di maggiori limiti funzionali (doc. A 29).

E. 8.6

Alla luce di quanto precede, questo Tribunale rileva che sia gli specialisti in materia (dott. H._____ e dott. F._____), sia il medico curante (dott. I._____), come pure il medico SMR (dott. E._____), concordano sul fatto che da giugno 2013 a maggio 2014, l'assicurata presentava una totale incapacità lavorativa nella precedente attività di cassiera ed una capacità lavorativa residua del 40% in attività adeguate. La ricorrente si è altresì dichiarata motivata a riprendere un'attività lavorativa compatibile con i suoi limiti funzionali (cfr. doc. A 28, pag. 10).

E. 8.7

In definitiva, in virtù delle considerazioni appena esposte, occorre riconoscere che questa Corte non ha fondato motivo di scostarsi dalle conclusioni convergenti a cui sono giunti gli specialisti che hanno avuto in cura l'assicurata o si sono chinati sul suo caso. Da tali valutazioni non emergono infatti contraddizioni di sorta e tra i documenti agli atti non vi è alcun referto medico suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni complete ed esaustive tratte dai periti riguardo alla sindrome neurologica lamentata dall'assicurata ed alla sua capacità lavorativa a fino a maggio 2014.

E. 9.1

Per quel che attiene al periodo posteriore a maggio 2014, va menzionato che con il rapporto del 24 settembre 2014, all'attenzione di O._____ SA, in ambito di assicurazione collettiva perdita di guadagno in caso di malattia, il dott. N._____, specialista in medicina interna e medico perito assicurativo certificato SIM, ha confermato le note diagnosi e concluso che "si giustifica la totale inabilità lavorativa per ogni tipo di attività salariata a partire dal 28 giugno 2013 a carattere definitivo" (doc. 15 dell'incarto della cassa malati [di seguito doc. B 15]).

E. 9.2

Dal canto suo, il dott. L._____ in data 11 febbraio 2015 ha rilevato che la paziente non risponde alla terapia e che dall'esame obiettivo risultava: "disfagia con disartria. Non segni ai quattro arti. Sensibilità conservate" (doc. TAF 4). In seguito, egli ha confermato le note diagnosi con attestato del 6 marzo 2015, evidenziando altresì che "la malattia del Motoneurone è notoriamente una malattia neurodegenerativa progressiva con scarsa terapia ed invalidante: particolarmente oscura e rara è la patogenesi della variante riscontrata nella Paziente. Il quadro clinico attuale si caratterizza con un peggioramento della sintomatologia bulbare (disfagia e disartria) che si traduce in una condizione clinica particolarmente invalidante per quanto riguarda la comunicazione verbale (non possibile) e l'assunzione di cibo" (doc. TAF 1).

E. 9.3

Dopo essere stato confrontato con le osservazioni dell'assicurata del 7 febbraio 2015, con annotazione del 26 febbraio 2015, il dott. E. _____ ha segnalato che "considerando la natura della patologia che espone sicuramente ad un progressivo peggioramento nel tempo dello stato clinico e funzionale si ritiene possibile immaginare un aggravamento, a distanza di otto mesi dalla valutazione specialistica neurologica, delle condizioni presenti alla stesura del RAF" (doc. A 55).

E. 9.4

L'assicurata ha pure trasmesso la perizia medica particolareggiata E213 del 18 marzo 2015, con cui la dott.ssa Q. _____ confermava la "malattia del motoneurone (tipo sindrome di Brown-Vialetto-Van Laere), con disartria e disfagia" e indicava pure quali diagnosi una ipoacusia ed una sindrome depressiva reattiva. La perita segnalava poi, senza particolari precisazioni, da un lato che secondo le disposizioni del suo Paese di residenza era da considerarsi invalida al 100% nella sua precedente attività, ma dall'altro lato, che poteva svolgere a tempo pieno sia la sua precedente attività che una sostitutiva adeguata (doc. TAF 4).

E. 9.5

Con scritto del 20 aprile 2015, l'interessata ha inoltrato ulteriore documentazione medica (doc. TAF 5). Nel parere medico-legale del 18 marzo 2015, richiesto dall'assicurata, il dott. G. _____, specialista in Medicina legale e della assicurazioni, ha rilevato che, alla luce del progressivo peggioramento della patologia neurodegenerativa la paziente "presenta una totale incapacità lavorativa nella professione abituale di cassiera non food. Presenta inoltre anche una grave incapacità, di molto inferiore al 40%, allo svolgimento di qualsivoglia attività lavorativa rispecchiante il suo stato di salute; Presenta altresì una grave incapacità a svolgere anche le sue abituali attività extralavorative di casalinga" (doc. TAF 5).

E. 9.6

Infine, con annotazioni del 23 e 29 aprile 2015, il dott. P. _____ del SMR, ha rilevato che "in considerazione della certificazione del prof. L. _____ del 6.3.2015 attestante peggioramento della sintomatologia bulbare risulta opportuno ritenere l'assicurata quale salariata inabile al 100% per qualsiasi attività; precisando poi che "l'attuale certificazione conferma un'evoluzione clinica negativa. Confermo quindi una IL completa quale salariata da 2.2015" (doc. TAF 8). In seguito, il dott. P. _____ ha confermato tali valutazioni anche nell'annotazione del 1° marzo 2016 (doc. TAF 21).

E. 10.1

Litigiosa è pertanto principalmente la questione di sapere se l'istruttoria effettuata dall'autorità inferiore per decidere la causa è stata sufficiente.

E. 10.2

Risulta confermato e ben documentato dai referti medici agli atti, il progressivo aggravamento dello stato di salute dell'assicurata che ha portato ad una totale incapacità lavorativa a partire da febbraio 2015. Tale peggioramento è attestato dai medici specialisti e dal medico SMR e riconosciuto dall'autorità inferiore. Quest'ultima, con risposta del 6 maggio 2015 (cfr. segnatamente il preavviso dell'UAI-D. _____ del 4 maggio 2015), ha in particolare riconosciuto che "a livello medico è ritenuto verosimile un peggioramento dello stato di salute dell'assicurata da febbraio 2015". Questa circostanza, ossia il peggioramento dello stato di salute della ricorrente intervenuto al più tardi da febbraio 2015 può pertanto

essere sicuramente ammesso processualmente senza ulteriori approfondimenti istruttori.

E. 10.3

Tuttavia, in virtù del referto del dott. N. _____ del 24 settembre 2014 (doc. B. 15), questa Corte rileva che un peggioramento dello stato di salute e della residua capacità lavorativa della ricorrente potrebbe essere intervenuto già prima di febbraio 2015. Pertanto - e benché le conclusioni del rapporto del 24 settembre 2014 del dott. N. _____ non appaiano sufficientemente chiare e precise per potersi determinare definitivamente sulla questione, per i motivi che saranno esposti di seguito - l'autorità inferiore avrebbe nondimeno dovuto - data la rilevanza per il caso concreto - richiedere una precisazione al medico in questione e successivamente fare eventualmente esperire ulteriori accertamenti medici, volti a determinare l'esatta tempistica del peggioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa dell'insorgente, prima di emanare la decisione impugnata il 16 febbraio 2015. Le conclusioni del rapporto del 24 settembre 2014 del dott. N. _____ necessitano di chiarimenti in quanto, nonostante vi sia stata una visita medico funzionale da parte sua, il menzionato medico dopo aver fatto riferimento anche agli "innumerevoli atti portati in visita (...)" che non ha tuttavia citato, ha concluso che "si giustifica la totale inabilità lavorativa per ogni tipo di attività salariata a partire dal 28.06.2013 a carattere definitivo". Tuttavia, nella misura in cui non è chiaro su quali documenti medici specialistici si sia fondato, e nella misura in cui si possa ritenere essersi fondato sulla documentazione medica agli atti, questa appare attestare una totale incapacità lavorativa nella precedente attività di cassiera a partire dal 28 giugno 2013; ma a partire dalla medesima data, una capacità lavorativa del 40% in attività adeguate. Tale divergenza di valutazione non trova una spiegazione/motivazione nelle conclusioni del menzionato referto del dott. N. _____ né è consentito trarre conclusioni definitive sulla base di mere speculazioni riguardo al motivo per cui detto medico neutrale operante a favore dell'assicurazione malattia, dunque non di parte ricorrente, abbia, peraltro, dopo una visita medico funzionale, concluso ad un peggioramento dello stato di salute della ricorrente intervenuto ben prima del febbraio 2015. Peraltro, tenuto conto della natura della malattia di cui soffre l'insorgente e del fatto che appare resistente alla terapia (cfr. anche referto in questione), non può comunque essere seriamente e definitivamente escluso, in virtù degli atti di causa al loro stato attuale, che un peggioramento possa essere intervenuto anche prima del mese di febbraio 2015.

E. 10.4.1

Inoltre, e prima di emanare la decisione impugnata, occorre ancora - ciò che l'autorità inferiore non ha fatto - verificare con maggiore precisione lo statuto della ricorrente, al fine di poter determinare con cognizione di causa se per il calcolo del raffronto dei redditi andava fatto ricorso piuttosto al metodo generale (qualora la ricorrente, da sana, avesse lavorato al 100%), che a quello misto applicato dall'autorità inferiore (che ha considerato la ricorrente al 50% siccome salariata e al 50% siccome casalinga; cfr., segnatamente, doc. A 43) e se del caso come andava ripartita la percentuale tra lavoro salariato ed attività di casalinga. La ricorrente ha difatti costantemente sostenuto che, senza il danno alla salute, avrebbe preferito esercitare un'attività lavorativa a tempo pieno o almeno al 70/80% (cfr. doc. A 34 e 44 e doc. TAF 1).

E. 10.4.2

Secondo l'art. 16 LPGA, a cui rinvia l'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività

ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, 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 (metodo ordinario sulla base del confronto dei redditi per gli assicurati esercitanti un'attività lucrativa; cfr. anche DTF 137 V 334 consid. 3.1.1).

E. 10.4.3

L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (metodo specifico sulla base del confronto delle mansioni consuete per gli assicurati non esercitanti un'attività lucrativa e in particolare per gli assicurati che si occupano dell'economia domestica; art. 28a cpv. 2 LAI in relazione con gli art. 27 OAI e 8 cpv. 3 LPGA).

E. 10.4.4

Inoltre, secondo l'art. 28a cpv. 3 LAI, qualora l'assicurato eserciti un'attività lucrativa a tempo parziale, o collabori gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità, per questa parte, è determinata secondo l'art. 16 LPGA. Se, inoltre, svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2 dell'art. 28a LAI. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e quella dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti (metodo misto per gli assicurati esercitanti solo parzialmente un'attività lucrativa; art. 28a cpv. 3 LAI in relazione con gli art. 27bis OAI e 16 LPGA, cfr. pure DTF 130 V 97 e sentenza del TF 8C_912/2015 del 18 aprile 2016 consid. 4).

E. 10.4.5

La scelta di uno dei metodi di graduazione dell'invalidità (metodo ordinario del confronto dei redditi, metodo specifico o metodo misto) dipende dallo statuto attribuito al potenziale beneficiario della rendita. 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. Questo 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 (DTF 141 V 15 consid. 3.1 con rinvii). Al fine di determinare lo statuto della persona assicurata (persona esercitante un'attività lucrativa a tempo pieno, a tempo parziale o 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, familiare, sociale, finanziaria e professionale (sentenza del TF 9C_279/2018 del 28 giugno 2018 consid. 2.2 con rinvii e DTF 130 V 393 consid. 3.3). 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 (sentenza del TF 9C_48/2013 del 9 luglio 2013).

E. 10.4.6

Nel caso in esame, l'assicurata è stata alle dipendenze di B. _____ a partire dal 14 aprile 2008, formalmente con un tasso d'occupazione medio di circa 50% (cfr. doc. A 41). Essa ha indicato di essersi presentata al colloquio "chiedendo un lavoro al 100%, ma mi è stato offerto un impiego alla percentuale del 50%, con la promessa verbale che appena fosse stato possibile, sarebbe stata aumentata". Essa ha pure precisato che "nei primi 3 anni non ho cercato un altro impiego in quanto lavorando un maggior numero di ore facendo degli straordinari tutti i mesi raggiungevo una percentuale maggiore. Il lavoro mi piaceva e mi piaceva anche il luogo dove lo svolgevo quindi ho sempre chiesto ai miei superiori di aumentare la percentuale, e così aspettando fiduciosa nelle promesse che mi sono state fatte siamo arrivati al 2013". Con scritto dell'8 febbraio 2013, la B. _____ ha disdetto il contratto di lavoro con effetto al 30 aprile 2013 (doc. A 41). A tal proposito, l'assicurata ha spiegato che "mentre lavoravo per gli ultimi 3 mesi dopo il licenziamento, mi hanno proposto il rientro nell'azienda solo alle loro condizioni e cioè con una percentuale del 20%. Non ero sicuramente contenta della diminuzione dell'orario, ma siccome devo mantenermi e non avevo altre opzioni al momento, sono stata costretta ad accettare, con la convinzione di continuare fino a quando non avrei trovato un posto con una percentuale più alta. La mia intenzione era comunque quella di lavorare almeno al 70/80%, purtroppo però a nemmeno due mesi dalla riassunzione mi sono ammalata ed ho fatto il primo ricovero, e da lì non sono più potuta rientrare" (doc. A 44). Con scritto del 27 ottobre 2014, il datore di lavoro ha peraltro confermato che la ricorrente "ha chiesto in diverse occasioni, in maniera verbale, di aumentare il suo grado occupazionale" (doc. A 39).

E. 10.4.7

Ora, da una parte, figurano all'incarto unicamente i certificati di salario 2011, 2012 e 2013 e non risulta dunque possibile verificare l'entità e la regolarità degli straordinari prestati dall'assicurata durante i primi tre anni di attività lavorativa presso la B. _____. Nondimeno, a fronte di uno stipendio lordo di CHF 35'266.55 e delle ore mensili prestate nel 2011, le affermazioni dell'insorgente secondo cui avrebbe regolarmente svolto lavori straordinari, raggiungendo de facto una percentuale maggiore del 50% pattuito, appare possibile o persino probabile (doc. A 16 e 41). Da quanto precede, risulta, da un lato, che l'insorgente ha espresso ripetute volte la volontà di lavorare a tempo pieno, o almeno al 70/80% - motivando in maniera plausibile tali affermazioni, così come la ragione per cui risultava nondimeno impiegata unicamente al 50% dal 2008 al 2013 ed al 20% nell'ultimo mese prima dell'inizio della malattia - e che le indicazioni fornite dalla ricorrente appaiono probabili anche alla luce, segnatamente, della sua condizione familiare ed anagrafica. Certo, l'autorità inferiore ha ritenuto maggiormente verosimile una percentuale quale salariata del 50%. A tal riguardo, dall'annotazione per l'incarto del 3 dicembre 2014, risulta che alla luce della documentazione trasmessa dal datore di lavoro "è giustificato ritenere l'assicurata salariata almeno al 50%" (doc. A 43). Per quale motivo si sia poi deciso, da parte dell'autorità inferiore, di fissarla definitivamente al 50% non è comunque chiaro o comunque non è spiegato in modo convincente.

E. 10.4.8

Infine, basti ancora rilevare, per sovrabbondanza, che nella perizia di maggio 2014, il dott. F. _____ - su esplicita domanda dell'amministrazione - aveva indicato che "le occupazioni in ambito domestico vincono (recte: vengono) compromesse in modo analoghe (recte: analogo) a altre occupazioni", con residua capacità del 40% in attività adeguate (cfr. anche i doc. A 46 e 47 in cui il dott. E. _____ ha precisato che secondo il dott. F. _____, "l'IL

attività domestica è uguale all'IL in attività adeguata"). Tuttavia, nell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 7 ottobre 2014, la funzionaria ha ritenuto una percentuale degli impedimenti sensibilmente inferiore anche per le attività che richiedono uno sforzo fisico quale la preparazione dei cibi, la pulizia dell'appartamento, la spesa e gli acquisti nonché il bucato (cfr. A 34). A fronte delle menzionate indicazioni del perito, una valutazione differente, oltretutto posteriore di diversi mesi a quella menzionata e tenuto conto in particolare anche della malattia degenerativa con seria possibilità di peggioramenti rapidi, non appare convincente in quanto priva di sufficiente motivazione.

E. 10.5

Conto tenuto dunque delle importanti lacune nell'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti, si giustifica l'annullamento della decisione impugnata.

E. 11.1

In caso di annullamento della decisione il Tribunale amministrativo federale può sostituirsi all'autorità inferiore e statuire direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per nuova decisione (cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-4652/2012 del 18 aprile 2013). In particolare esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi o comunque sufficienti per statuire (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326). Come precisato ai considerandi che precedono, tale non è il caso nella presente fattispecie. Gli atti di causa vanno pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda al necessario ed indicato completamento dell'istruttoria - in merito allo statuto della ricorrente e all'incidenza della malattia di cui soffre sulla residua capacità in attività sostitutive adeguate con un complemento alla perizia neurologica effettuata in Svizzera dal dott. F. _____ il 6 maggio 2014 - riservato ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario, ed emani una nuova decisione

E. 11.2

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 statuto della ricorrente e sull'incidenza dell'affezione di cui soffre sulla residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate. 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 complemento ad una perizia (DTF 137 V 2010 consid. 4.4.1.4), complemento che peraltro l'autorità inferiore, sia rilevato per sovrabbondanza, avrebbe già dovuto richiedere prima di emanare la decisione impugnata, gli elementi per dover agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa prima dell'emanazione della decisione impugnata (cfr. il considerando 10 del presente giudizio). 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).

E. 11.3

Va altresì osservato che nell'ambito della nuova decisione da rendere, l'autorità inferiore dovrà riesaminare la questione dell'applicabilità al caso di specie dell'art. 88a cpv. 2 OAI richiamato nella sua risposta al ricorso per giustificare la decisione nonostante il peggioramento dello stato di salute della ricorrente intervenuto di principio anteriormente alla data della decisione impugnata. Da questo profilo va infatti rilevato che l'autorità inferiore, benché abbia di fatto riconosciuto che la totale incapacità lavorativa dell'insorgente è subentrata da febbraio 2015, dunque di principio da prima della decisione impugnata, ha negato il diritto ad una rendita adducendo che "in applicazione dell'art. 88a cpv. 2 OAI in caso di peggioramento il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole, ossia nello specifico con effetto sulle prestazioni AI solo posteriormente alla decisione impugnata resa (cfr. doc. TAF 8). Questa Corte rileva nondimeno che tale argomento allo stato attuale delle cose non può essere seguito in quanto la giurisprudenza ha precisato a più riprese che l'art. 88a cpv. 2 OAI è esclusivamente applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante per il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (cfr. sentenze del TF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3), ciò che non risulta essere il caso nella fattispecie. Ora, giusta l'art. 29 cpv. 3 LAI, la rendita è versata dall'inizio del mese in cui nasce il diritto. Per conseguenza, l'autorità inferiore avrebbe dovuto tener conto del peggioramento dello stato di salute della ricorrente intervenuto nel mese di febbraio 2015, dunque possibilmente/probabilmente prima dell'emanazione della decisione impugnata, e avrebbe dovuto verificare se il citato aggravamento della situazione valetudinaria abbia comportato un cambiamento del grado di invalidità, rispettivamente la nascita del diritto ad una rendita a far tempo dal 1° febbraio 2015.

E. 11.4

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 16 febbraio 2015 è stata respinta la domanda tendente all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità formulata dalla ricorrente.

E. 12.1

Visto l'esito del ricorso, non sono prelevate delle spese processuali. L'anticipo di CHF 400.-, corrisposto con versamento del 16 giugno 2015, sarà restituito alla ricorrente dopo la crescita in giudicato della presente sentenza.

E. 12.2

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 CHF 1'000.- (compresi i disborsi ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-2547/2018 del 4 settembre 2018 consid. 11.2 con rinvii), tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del 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.