

BVGer C-18/2016 vom 20. April 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-04-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-18_2016

FR: TAF C-18/2016 du 20 avril 2017

IT: TAF C-18/2016 del 20 aprile 2017

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

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 invalidità per le persone residenti all'estero.

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.

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

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 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 29 novembre 2012, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

E. 3.2

La ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 29 novembre 2012. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 5.3 del presente giudizio]). Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. 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).

E. 4

Giova peraltro rilevare che la ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 22 anni (doc. 90) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione.

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 4 cpv. 1 LAI). 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. 5.2

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

E. 5.3

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. 6.1

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. 6.2

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.

E. 6.3

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 (sentenze del TF 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1 e 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

E. 7.1

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a

disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione - ad esempio quale perizia o rapporto - ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1, 134 V 231 consid. 5.1 e 125 V 351 consid. 3).

E. 7.2

In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4 e 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 7.3

Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse 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 e relativi riferimenti).

E. 8

Dalla documentazione medica agli atti emerge che la ricorrente soffre segnatamente di sindrome toracovertebrale cronica con pregressa frattura dei corpi vertebrali Th12 e Th7, pregressa frattura del femore sinistro, crisi epilettiche recidivanti (nell'ambito di epilessia generalizzata o crisi epilettiche occasionali nell'ambito di abuso etilico e mal compliance medicamentosa), lievi compromissioni cognitive, pregressa frattura dell'omero sinistro, epatopatia, anemia macrocitica e trombocitopenia (cfr. perizia pluridisciplinare del 26 maggio 2015 del SAM; doc. 74).

E. 9.1

Nella fattispecie in esame, l'oggetto litigioso è la questione di sapere se la ricorrente abbia diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità o comunque di una rendita superiore a quella accordata, come da lei postulato, ed a partire da quando.

E. 9.2

Nella perizia pluridisciplinare del 26 maggio 2015 (fondata su un consulto reumatologico, un consulto neurologico, un consulto psichiatrico ed una valutazione neuropsicologica; doc. 74), i medici SAM hanno rilevato che l'assicurata soffre di dolori dorso-lombari in esito

dopo frattura di Th12 e frattura di Th7. All'origine di queste fratture, vi sono ripetute cadute su crisi epilettiche, verosimilmente dovute al cronico consumo etilico. All'esame clinico, i movimenti della colonna toracolombare sono fortemente limitati e dolenti in tutte le direzioni. Le radiografie della colonna vertebrale confermano l'esito di una pregressa frattura di Th12 ed una frattura di Th7. I dolori lamentati sono ben spiegati dalle patologie di natura degenerativa, ma soprattutto postraumatica. Detti medici hanno altresì constatato che l'assicurata ha presentato, dal 2009, alcune sporadiche crisi epilettiche, in occasione di un consumo etilico elevato associato a mal compliance medicamentosa, con conseguente necessità di un ricovero. All'esame neurologico, non si rilevano deficit riferibili ad una problematica neurogena vertebrale né altre patologie neurologiche focali. L'esame neurologico è normale. L'interessata presenta delle crisi epilettiche recidivanti probabilmente nell'ambito di un'epilessia generalizzata. In alternativa, si potrebbe ipotizzare che vi sia una soglia epilettogena ridotta fin dall'infanzia, ma che le crisi epilettiche presentate in età adulta siano da considerare occasionali nell'ambito della problematica legata all'abuso etilico. L'elettroencefalogramma senza alterazioni epilettiformi depone in favore di questa seconda ipotesi. Si può ipotizzare che, astenendosi dall'abuso etilico e assumendo regolarmente la terapia antiepilettica, il rischio di recidive sia estremamente basso. La situazione comportamentale psicosociale dell'assicurata ha portato ad una mal compliance con evoluzione poco favorevole, con recidive (di crisi epilettiche) che, pur sporadiche, possono comportare conseguenze rilevanti. Inoltre, i medici SAM hanno segnalato che la valutazione neuropsicologica evidenzia una lieve compromissione cognitiva caratterizzata da leggeri deficit della memoria a breve termine e della capacità di pianificazione, moderato rallentamento esecutivo, errori su base disattentiva e momenti di minore efficienza mentale. L'assicurata presenta una struttura premorbosa poca differenziata, ma nel complesso priva di rilevanti salienze. Nonostante un disagio psicologico acuito dalle preoccupazioni economiche e l'appesantimento per i sintomi somatici e i limiti che determinano, non presenta segni e/o sintomi di pertinenza psichiatrica.

E. 9.3

Dal profilo neurologico e psichiatrico, i periti hanno considerato che l'assicurata è abile al lavoro al 100% (sia nell'attività di cameriera sia in un'attività confacente allo stato di salute).

E. 9.4

In conclusione, i medici SAM hanno ritenuto che, dal profilo reumatologico, l'assicurata presenta una capacità lavorativa dello 0% come cameriera dall'aprile 2012. Da giugno 2013, a poco più di sei mesi dall'intervento di fissazione al rachide, la medesima presenta una capacità al lavoro del 50% in un'attività sostitutiva adeguata. Dal 15 febbraio 2015, presenta poi una capacità lavorativa dello 0% anche in un'attività sostitutiva adeguata durante sei mesi. Successivamente, è da prevedere una ripresa lavorativa al 50% in un'attività sostitutiva adeguata da metà agosto 2015.

E. 9.4.1

La valutazione della residua capacità lavorativa del 50% da giugno 2013 al 15 febbraio 2015 e da metà agosto 2015 non può tuttavia essere condivisa per i motivi che saranno indicati di seguito.

E. 9.4.2

Per quanto attiene al periodo da giugno 2013 a febbraio 2015, precedente il 26 maggio 2015 (data della perizia pluridisciplinare del SAM), questo Tribunale rileva che la ricorrente è stata ricoverata dapprima dall'11 al 25 aprile 2012 per una frattura all'anca sinistra ed ha subito un intervento di osteosintesi, poi dal 9 settembre al 18 ottobre 2012 per una crisi epilettica verosimilmente su astinenza etilica e frattura vertebrale Th12 ed è stata sottoposta ad un intervento di stabilizzazione da Th10 a L2 e poi ancora dal 18 ottobre al 7 novembre 2012 per un trattamento di stabilizzazione (doc. 12 pag. 66, 69 e 72 e doc. 74 pag. 354). Nel rapporto reumatologico del 7 marzo 2013 del dott. D. _____ (doc. 12 pag. 61), è indicato che l'esercizio dell'attività di cameriera non è più esigibile. Dal rapporto del 7 aprile 2013 del dott. E. _____, specialista in neurochirurgia (doc. 11), risulta che a quel momento l'esigibilità dell'esercizio di un'attività confacente allo stato di salute non era valutabile. Nel rapporto del 17 aprile 2013 del dott. F. _____, medico curante (doc. 12), è poi riferito che la prognosi relativa alla ripresa di un'attività lucrativa è infausta. Sempre secondo il rapporto dell'8 ottobre 2013 del dott. F. _____ (doc. 32), l'insorgente, a causa segnatamente del probabile attacco epilettico (il 5 ottobre 2013) e della frattura di Th12 ed all'anca sinistra, è inabile al lavoro al 100% anche per un lavoro leggero, incapacità al lavoro poi confermata dai dott. G. _____ e E. _____, specialisti in neurochirurgia, nel rapporto del 7 novembre 2013 (doc. 37 pag. 155), in cui è precisato che l'esercizio di un'attività lucrativa, anche con un minimo carico, non appare del tutto fattibile in particolare per il fatto che la paziente risulta invalidata anche per le attività della vita quotidiana, quali la cura della propria persona. La ricorrente è stata ancora ricoverata dal 27 al 29 novembre 2013 per un intervento di rimozione dei pezzi di osteosintesi all'anca sinistra (doc. 41 pag. 167). Nel rapporto del 27 marzo 2014 del dott. H. _____, medico SMR (doc. 50), è poi stato rilevato che, conto tenuto del rapporto neurochirurgico del 7 novembre 2013, in cui è descritto uno stato clinico difficilmente compatibile con lo svolgimento di un'attività lucrativa al 100%, occorre rivalutare lo stato di salute dell'insorgente. In considerazione della richiesta di sottoporre quest'ultima ad una perizia medica pluridisciplinare (perizia che è poi stata effettuata dal SAM il 26 maggio 2015), si può concludere che il medico SMR ritenesse verosimile per la ricorrente la completa inabilità al lavoro di cui ai succitati rapporti medici o comunque non escludesse una siffatta incapacità lavorativa totale in qualsivoglia attività. L'insorgente è peraltro poi stata ancora ricoverata dal 24 luglio al 1° agosto 2014 per una crisi epilettica verosimilmente legata ad astinenza alcolica e malcompliance farmacologica e dal 15 al 20 febbraio 2015 per una crisi epilettica su malcompliance medicamentosa e astinenza etilica ed una frattura di Th7 (doc. 74 pag. 320 e 326).

E. 9.4.3

Peraltro, nel consulto reumatologico del 30 marzo 2015 (doc. 74 pag. 293) relativo alla perizia del 26 maggio 2015, il dott. I. _____ ha richiamato le note fratture al femore sinistro ed alle vertebre Th12 (settembre 2012) e Th7 (febbraio 2015). Ha quindi concluso che l'esercizio della precedente attività di cameriera non è più esigibile da aprile del 2012 (quando la ricorrente si è procurata la frattura del femore sinistro). Dalla medesima data l'incapacità lavorativa è riferibile anche ad un'attività sostitutiva adeguata. La frattura della vertebra Th12 nell'ottobre 2012 ha ulteriormente prolungato la totale incapacità lavorativa. Il perito indica che in linea teorica, da giugno 2013, sei mesi dopo l'intervento di spondilodesi, l'assicurata avrebbe dovuto aver riacquisito un' almeno parziale capacità lavorativa (del 50%). Tale conclusione, formulata al condizionale, è meramente ipotetica e non adempie pertanto il presupposto della probabilità preponderante, che regge la procedura

in materia d'assicurazione sociale. Essa è altresì incompatibile con le conclusioni dei rapporti medici menzionati al considerando 9.4.2 nonché con la successiva inabilità lavorativa connessa al ricovero in ospedale di fine luglio-inizio agosto 2014 e non fornisce alcuna spiegazione plausibile e convincente riguardo ad un'effettiva, e non solo teorica, ripresa della completa capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate da parte dell'insorgente da giugno 2013 al 14 febbraio 2015, fermo restando che lo stesso dott.

I._____ ha poi precisato che, dal 15 febbraio 2015, la ricorrente è comunque nuovamente da ritenere totalmente inabile al lavoro, dunque anche in attività sostitutive adeguate, a causa della frattura della vertebra Th7, per un periodo di almeno sei mesi. In altri termini, non è stato dimostrato che nel giugno del 2013, o ulteriormente, sia intervenuto un effettivo miglioramento dello stato di salute della ricorrente legittimante la riduzione ad una mezza rendita (fino al 30 aprile 2015) della rendita intera precedentemente accordata.

E. 9.4.4

Ora, per quanto attiene all'incidenza delle affezioni reumatologiche sulla residua capacità lavorativa della ricorrente in attività sostitutive adeguate da giugno 2013 al 14 febbraio 2015, essa può essere determinata nel senso della probabilità preponderante sulla base dei rapporti medici di cui agli atti di causa. Per questo lasso di tempo anteriore alla perizia del 26 maggio 2015, un rinvio degli atti di causa all'autorità inferiore per complemento istruttorio costituirebbe una vana ed inutile formalità. In effetti, da un lato, non è più possibile dal profilo reumatologico-ortopedico ricavare da nuovi esami obiettivi dati concludenti sulla situazione esistente da giugno 2013 a febbraio 2015. Dall'altro lato, questo Tribunale non ravvisa alcun motivo per scostarsi, dal profilo reumatologico, dai pareri del reumatologo dott. D._____, dei neurochirurghi dott. G._____ e E._____, del dott. F._____, anche se quest'ultimo è medico curante, di cui ai rapporti del 7 marzo, 7 e 17 aprile, 8 ottobre e 7 novembre 2013 (doc. 11, 12 pag. 56 e 61, 32, 37 pag. 155), secondo cui l'insorgente presenta, dal solo profilo reumatologico, un'incapacità al lavoro dall'aprile 2012 in tutte le attività, anche in quelle sostitutive adeguate, inabilità al lavoro del 100% poi confermata, dal 15 febbraio 2015 per un periodo di almeno sei mesi, anche dal reumatologo I._____ nel consulto reumatologico del 30 marzo 2015 (doc. 74 pag. 293). Su questo punto, l'impugnata decisione del 20 novembre 2015 va riformata.

E. 9.5.1

Per quanto attiene al periodo posteriore alla perizia pluridisciplinare del 26 maggio 2015 del SAM, il reumatologo dott. I._____ ha indicato di essere confrontato ad una complessa patologia di natura internistica, neurologica e psichica nonché in parte pure ortopedico-reumatologica. Ha nondimeno ritenuto che, in linea teorica, sempre che non subentrino ulteriori complicazioni, dopo sei mesi dalla frattura della vertebra Th7, l'assicurata dovrebbe poter riprendere a svolgere un'attività leggera nella misura di circa il 50% (doc. 70 pag. 298). In merito a tale valutazione, va nuovamente rilevato che si tratta unicamente di un pronostico futuro, non fondato su verifiche obiettive, che il perito ha proposto a titolo meramente ipotetico ed a condizione che non subentrassero ulteriori complicazioni. In siffatte circostanze, e conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso concreto (v. anche consid. 10.2.1), incombeva all'UAIE di far verificare l'effettivo stato di salute della ricorrente sei mesi dopo la frattura della vertebra Th7 o comunque prima dell'emanazione della decisione litigiosa. Pertanto, l'autorità inferiore ha accertato in modo insufficiente un fatto giuridicamente rilevante, ossia se dal 15 agosto 2015 sia effettivamente intervenuto un miglioramento dello stato di salute della ricorrente

legittimante la riduzione ad una mezza rendita della rendita intera nuovamente accordata all'insorgente dal 1° maggio 2015 in virtù di una ritrovata capacità lavorativa del 50% in un'attività sostitutiva leggera confacente allo stato di salute. Un aggiornamento delle risultanze peritali reumatologiche appariva tanto più necessario ove solo si rilevi che il reumatologo stesso ha riferito che la ricorrente era limitata da intensi dolori dorsali in presenza di una frattura di Th7, che mostrava una chiara evoluzione rispetto all'esame radiologico del mese di febbraio 2015 con ulteriore cedimento del muro anteriore (doc. 70 pag. 297).

E. 9.5.2

Da quanto esposto discende che, per quanto attiene al periodo a decorrere dal 26 maggio 2015 (data della perizia pluridisciplinare del SAM), non è possibile determinarsi con cognizione di causa sullo stato di salute della ricorrente e sulla residua capacità lavorativa della medesima con il necessario grado della verosimiglianza preponderante. Pertanto, su questo punto, la decisione impugnata - che viola il diritto federale (accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti) - incorre nell'annullamento, fermo restando che non vi è alcun motivo di rimettere in discussione la conclusione cui è giunta l'autorità inferiore nella decisione impugnata, in virtù della perizia pluridisciplinare del 26 maggio 2015, secondo la quale le sole affezioni reumatologiche, già accertate in prima istanza, comportano sicuramente, ad esse sole, perlomeno un'incapacità al lavoro del 50% in un'attività confacente allo stato di salute della ricorrente a far tempo dal 15 agosto 2015 e quindi l'assegnazione perlomeno di una mezza rendita a decorrere dal 1° dicembre 2015.

E. 10.1.1

Per conseguenza, il ricorso va parzialmente accolto e l'impugnata decisione del 20 novembre 2015 riformata nel senso che, decorso il termine di attesa legale di un anno (giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI), la ricorrente ha diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° maggio 2013 (vale a dire sei mesi dopo la data della richiesta, giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI) fino al 30 novembre 2015 compreso.

E. 10.1.2

Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda al calcolo delle prestazioni ai sensi di legge, tenendo altresì conto nel calcolo dell'importo della rendita d'invalidità degli accrediti per compiti educativi riconosciuti all'insorgente, come indicato nel complemento alla risposta al ricorso del 27 maggio 2016 (doc. TAF 10), e proceda al versamento degli arretrati dovuti, se del caso con i relativi interessi.

E. 10.2.1

Per il resto, per quanto attiene al periodo a decorrere dal 26 maggio 2015 (data della perizia pluridisciplinare del SAM), gli atti di causa sono rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute della ricorrente ed alla sua capacità lavorativa e ad emanare una nuova decisione. La cassazione si giustifica per il fatto che va necessariamente completata la carente perizia ortopedico-reumatologica (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4), nonché completate le perizie neurologiche e psichiatriche ed effettuata una perizia in medicina interna, conto tenuto della complessa patologia di natura internistica, neurologica e psichiatrica di cui soffre l'insorgente (cfr. rapporto del perito reumatologo dott. I. _____ del 30 marzo 2015 pag. 5), ed ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute della ricorrente

dovesse ancora rendere necessario. In merito alla perizia neurologica, psichiatrica ed internistica, giova rilevare che conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale, le varie forme di dipendenza, in particolare l'alcolismo e la tossicodipendenza, non comportano invero e di per sé un'invalidità ai sensi della LAI, ma possono comunque assumere rilievo dal punto di vista dell'assicurazione invalidità se hanno causato una malattia o un infortunio con effetti limitanti la capacità lavorativa oppure se esse medesime sono la conseguenza di un pregiudizio fisico o mentale con valenza patologica (cfr. sentenza del TF 8C_582/2015 dell'8 ottobre 2015 consid. 2.2.1 e 2.2.2 e relativi riferimenti; v. anche sentenza del TF I 556/05 del 13 settembre 2007 consid. 3.1 e relativi riferimenti). Nella perizia pluridisciplinare del 26 maggio 2015 del SAM la questione dell'alcolismo non è stata sufficientemente esaminata e neppure l'insieme degli atti di causa consente di determinarsi al riguardo con il grado della verosimiglianza determinante. A questo proposito, giova rilevare che le crisi epilettiche manifestatesi tra il 2009 ed il 2015, crisi che hanno comportato la necessità di un ricovero d'urgenza (occasione in cui sono altresì state diagnosticate dapprima una steatosi epatica di verosimile origine etiltossica e poi un'epatopatia verosimilmente su consumo inadeguato da alcool), sono state attribuite ad astinenza alcolica e mal compliance medicamentosa. Occorre poi rammentare che, a suo tempo, era stato ritenuto che un consumo improprio di alcool avrebbe potuto avere delle conseguenze sul piano cognitivo-comportamentale e sociale (l'esame psichico ha segnatamente evidenziato un disagio psicologico acuito dalle preoccupazioni economiche e dall'appesantimento per i sintomi somatici e i limiti che determinano; v., sulla questione, i rapporti neurologici del gennaio, settembre e novembre 2013, i rapporti di dimissione ospedaliera dell'agosto 2014 e febbraio 2015 ed il consulto psichiatrico del 24 aprile 2015). Per il resto, e a seconda del risultato di questi nuovi esami, l'UAIE dovrà effettuare un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute.

E. 10.2.2

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 della ricorrente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 2.3.4). In altri termini, nell'ambito della nuova procedura dinanzi all'UAIE, la mezza rendita d'invalidità attribuita all'insorgente con decisione dell'UAIE del 20 novembre 2015, e legata alle problematiche reumatologiche - nella perizia pluridisciplinare del maggio 2015 (doc. 70), i medici SAM hanno ritenuto che l'insorgente presenta, dal 15 agosto 2015, una capacità lavorativa medico-teorica del 50% in un'attività confacente allo stato di salute - è già definitivamente acquisita a decorrere dal 1° dicembre 2015 (momento in cui l'ipotetico miglioramento significativo dello stato di salute perdurava da tre mesi, giusta l'art. 88a cpv. 1 OAI [RS 831.201]). In tale contesto, resta aperta solo la questione di sapere se la portata e l'(eventuale) peggioramento delle affezioni reumatologiche, neurologiche, internistiche e psichiche possano avere un'incidenza significativa sulla capacità lavorativa della ricorrente in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute. Per i motivi precedentemente esposti, una soppressione totale della rendita non è ipotizzabile (v., sulla questione, la sentenza del TAF C-400/2015 del 13 maggio 2015 consid. 9.3), dal momento che le patologie, già accertate in prima istanza, comportano sicuramente la concessione di perlomeno una mezza rendita d'invalidità a decorrere dal 1° dicembre 2015, come ritenuto nella decisione impugnata, dal momento che la stessa si fonda su una residua capacità lavorativa medico-teorica del 50% in un'attività confacente allo stato di salute (confronto

fra un reddito da valido di fr. 47'131.60 ed un reddito da invalido di fr. 22'024.30 [doc. TAF 8]).

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 versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

E. 11.2

Ritenuto che l'insorgente non è rappresentata in questa sede e che non risulta che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla procedura in corso, 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)

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