

BVGer C-3226/2014 vom 19. März 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-03-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3226_2014

FR: TAF C-3226/2014 du 19 mars 2014

IT: TAF C-3226/2014 del 19 marzo 2014

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 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 e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile. Inoltre, con versamenti del 3 e 26 settembre 2014 (doc. TAF 7 e 9), 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 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). Nel caso concreto si applicano di principio le nuove norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPG, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

E. 3.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 19 marzo 2014. 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 possono 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. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

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). È incontestato che la ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per più di 3 anni (cfr. doc. 119).

E. 5

Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di una nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI [RS 831.201]). Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione al momento della nuova decisione con quella esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e determinazione del grado d'invalidità (cfr. sentenza del TF 9C_418/2015 del 29 agosto 2011 consid. 4.2 con rinvii e 4.3; DTF 130 V 108 e 130 V 71 consid. 3.2.3). La verosimiglianza richiesta dall'art. 87 cpv. 2 OAI non è la verosimiglianza preponderante altrimenti valida nel diritto delle assicurazioni sociali. Il grado della prova dell'art. 87 cpv. 2 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso di una prova piena, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno certi indizi a favore della circostanza invocata, fermo restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame successivo (cfr. sentenza del TF 9C_68/2007 del 19 ottobre 2007 consid. 4.4 con rinvii). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione comincerà con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non dovesse essere il caso, potrà di principio liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata nel merito. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, l'amministrazione dispone di un certo potere d'apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (cfr. sentenza del TF

9C_667/2010 del 28 aprile 2011 consid. 2.1 e 2.2 con rinvii). Peraltro, allorquando l'autorità inferiore è entrata nel merito di una domanda di rendita il giudice non ha da esaminare la legittimità di siffatta entrata nel merito (DTF 133 V 108 consid. 5.2 e 109 V 108 consid. 2b).

E. 6

Dal momento che è infine entrata nel merito della terza domanda di rendita presentata dall'insorgente, all'autorità inferiore incombeva, in analogia ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa, di esaminare se tra la situazione esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stato oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita, nel caso di specie la decisione del 3 febbraio 2000 (doc. 32 bis) e la situazione al momento dell'emanazione della decisione qui impugnata, del 19 marzo 2014, è intervenuta una significativa modifica del grado d'invalidità (cfr. sentenze del TF 9C_421/2014 del 21 luglio 2014 consid. 3 e 9C_418/2010 del 29 agosto 2011 consid. 4.2 e 4.3).

E. 7.1

Secondo l'art. 17 LPGa, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modifica, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modifica.

E. 7.2

Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI, la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

E. 7.3

L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

E. 8

In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (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. 9.1

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

E. 9.2

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 232 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. 9.3

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; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 9.4

Per quel che riguarda le perizie di parte, il TF ha precisato che 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. 9.5

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. 9.6

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui 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).

E. 10

Nel caso concreto, occorre esaminare se prima dell'emanazione della decisione impugnata del 19 marzo 2014, l'autorità inferiore abbia proceduto ad un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti o avrebbe necessariamente dovuto fare eseguire ulteriori esami medici per potersi determinare con cognizione di causa, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa dell'insorgente.

E. 11.1

Mediante la decisione impugnata del 19 marzo 2014, l'autorità inferiore, fondandosi sui rapporti del suo Servizio medico, ha posto quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa una sindrome ansioso-depressiva reattiva, una discopatia cervicale e lombare e una parossistica fibrillazione atriale in remissione, e ritenuto che dagli atti di causa non risulta un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi di legge, e che malgrado il danno alla salute, l'esercizio di un'attività lucrativa sarebbe sempre esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. Per i motivi che saranno indicati di seguito, si rileva fondata la censura sollevata dalla ricorrente d'accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti avendo il medico del Servizio medico tratto conclusioni affrettate sulla base di un'istruttoria carente. Infatti, le patologie di cui è affetta la ricorrente non sono state oggetto di sufficienti esami e valutazioni da parte di specialisti delle rispettive discipline mediche interessate.

E. 11.2

Questo Tribunale osserva che il Servizio medico dell'UAIE appare avere aderito alle conclusioni contenute nella perizia medica particolareggiata E 213 del 13 marzo 2012. Nella menzionata perizia (cfr. doc. 33), il medico incaricato dell'esame ha posto la diagnosi di "spondiloartrosi rachidea a scarsa incidenza funzionale; ICD 715 artrosi" con "sfumata incidenza funzionale" e indicato che l'insorgente è in grado di svolgere, e a tempo pieno, lavori semipesanti, che lo stato della ricorrente è rimasto stazionario e che presenta un grado d'invalidità del 34% nel Paese di residenza, ossia l'Italia. Tuttavia, la perizia medica particolareggiata E 213 del 13 marzo 2012 è troppo generica e non appare essere stata redatta da uno specialista in nessuna delle discipline mediche coinvolte nel caso in esame.

La valutazione medica risulta essere altresì superata conto tenuto che si basa su documentazione medica esistente fino a marzo 2012, nell'incarto dell'autorità inferiore essendovi numerosi altri referti medici - di data posteriore a detta perizia medica particolareggiata, ma anteriore alla decisione impugnata - che, come si dirà di seguito, forniscono concreti indizi circa la sussistenza di patologie in ambito psichiatrico, ortopedico/reumatologico, nonché neurologico suscettibili di incidere sulla residua capacità lavorativa della ricorrente e che non sono state sufficientemente acclamate.

E. 11.3.1

Riguardo alle indicazioni sullo stato di salute psichico della ricorrente, in particolare nei rapporti del Servizio medico del 9 ottobre 2013 (doc. 84) e dell'11 novembre 2014 (doc. 118), il medico incaricato ha segnalato che la sindrome ansioso-depressiva reattiva è nota, che la terapia consiste solamente nell'assunzione di tranquillanti (e non di antidepressivi) e che non ha mai avuto luogo un trattamento specialistico. Secondo il medico, non sussiste alcun influsso sulla capacità lavorativa.

E. 11.3.2

Al riguardo, questo Tribunale osserva che nonostante sia stata diagnosticata (per la prima volta nel 2013) la presenza di una sindrome ansioso-depressiva reattiva e sia stata prescritta una terapia farmacologica mediante l'assunzione di D. _____ e E. _____ (F. _____), i quali sono notoriamente degli antidepressivi (e non dei tranquillanti), non figura agli atti alcuna valutazione approfondita specialistica in psichiatria. Infatti, i certificati trasmessi dalla ricorrente - segnatamente del 20 giugno 2013 (doc. 45 [ripetuto in doc. 50, 56, 77, 106 e allegato al doc. TAF 1]), del 1° luglio 2013 (doc. 78) e del 27 novembre 2013 (doc. 86 [ripetuto in doc. 104 e allegato al doc. TAF1]; nonché la prescrizione del trattamento, doc. 88 [ripetuto in doc. 104]) -, non comportano né il riferimento ad una classificazione dell'affezione psichica secondo un metodo scientifico riconosciuto internazionalmente (ICD), né si pronunciano sull'anamnesi, sull'evoluzione della malattia, sulla prognosi e sulle conseguenze della menzionata affezione sulla capacità lavorativa e sul comportamento dell'insorgente. Nemmeno può essere ritenuta probante la valutazione del medico del Servizio medico non disponendo egli di una specializzazione in psichiatria. Egli ha peraltro escluso un'incidenza di tale patologia sulla capacità lavorativa della ricorrente con l'argomento della mancata assunzione di antidepressivi. Tuttavia, tale constatazione dei fatti è contraria alle risultanze processuali, come indicato precedentemente. Non è pertanto possibile, sulla base degli atti di cui all'incarto al loro stato attuale, potere determinarsi secondo la verosimiglianza preponderante valida nelle assicurazioni sociali sull'incidenza del disturbo psichiatrico sulla residua capacità lavorativa della ricorrente.

E. 11.4.1

Riguardo alla valutazione sullo stato di salute ortopedico/reumatologico dell'insorgente, nei rapporti del Servizio medico del 9 ottobre 2013 (doc. 84), del 4 marzo 2014 (doc. 96), nonché dell'11 novembre 2014 (doc. 118), il medico incaricato ha - genericamente - indicato che le leggere patologie già note, in particolare la discopatia cervicale e lombare (cfr. doc. 118), non hanno alcun influsso sulla capacità lavorativa dell'interessata.

E. 11.4.2

Questo Tribunale osserva, da un lato, che alla discopatia lombare presente il 3 febbraio 2000 (data dell'ultima decisione mediante la quale è stato eseguito un esame materiale della fattispecie), si è aggiunta la discopatia cervicale (cfr. doc. 93 [radiografia della colonna

cervicale e lombosacrale eseguita il 4 dicembre 2013: "cervico-unco-artrosi con osteofitosi e multiple discopatie; calcificazioni nei tessuti molli del collo") e doc. 92 [ripetuto in doc. 101 e allegato al doc. TAF 1; certificato ortopedico del 22 gennaio 2014: "cervicalgia da discopatie multiple"). Dall'altro lato, appare altresì essere sopraggiunta un'affezione reumatologica, l'artrosi, segnatamente cervicoartrosi e lomboatrosi (cfr. doc. 33 [perizia medica particolareggiata E 213 del 13 marzo 2012]; doc. 76 [ripetuto in doc. 108 e allegato al doc. TAF 1; certificato ortopedico del 9 maggio 2012]; doc. 93 [radiografia della colonna cervicale e lombosacrale eseguita il 4 dicembre 2013] e doc. 87 [ripetuto in doc. 103 e allegato al doc. TAF 1; valutazione ortopedica del 5 dicembre 2013]). Conto tenuto che i rapporti medici e i referti radiologici di cui agli atti fanno stato, nel complesso, di uno stato di salute peggiorato - o almeno sostanzialmente diverso rispetto a quello esistente nel 2000 - questo Tribunale non può manifestamente aderire alla valutazione del Servizio medico dell'UAIE secondo cui le patologie ortopedico-reumatologiche di cui soffre la ricorrente sono note e lo stato di salute è rimasto invariato (rispetto al 2000). L'autorità inferiore avrebbe invece dovuto fare eseguire ulteriori accertamenti, ritenuto che la documentazione medica oggettiva di cui agli atti non contempla segnatamente né l'evoluzione nel tempo delle affezioni indicate né la capacità lavorativa della ricorrente. In sostanza dal profilo ortopedico si è aggiunta una discopatia cervicale e dal profilo reumatologico l'artrosi, dal cui profilo l'istruttoria è manifestamente carente. Peraltro, non è dato sapere se, dal profilo reumatologico, sussisteva al momento della pronuncia della decisione impugnata una sindrome da dolore somatoforme come nel 2000. Tutte queste circostanze devono essere acclarate tramite una perizia specialistica.

E. 11.5

Ma vi è di più. Si rileva altresì pure necessaria l'effettuazione di una perizia neurologica sussistendo indizi concreti dell'esistenza di patologie di probabile origine neurologica, con particolare riferimento alla lombosciatalgia (cfr. doc. 76 [ripetuto in doc. 108 e allegato al doc. TAF 1; certificato ortopedico del 9 maggio 2012: "lombosciatalgia bilaterale di tipo irritativo"] e doc. 92 [ripetuto in doc. 101 e allegato al doc. TAF 1; certificato ortopedico del 22 gennaio 2014: "lombosciatalgia da discopatia L5-S1"]). È infatti noto che la causa primaria della lombosciatalgia è l'infiammazione del nervo sciatico dovuta ad una compressione o ad un'irritazione che si è sviluppata in quella zona. Peraltro, nella relazione medico-legale del dott. C._____ (doc. 98 [e allegato ai doc. TAF 1 e 4]), viene posta la diagnosi di "sindrome irritativo-parestesica poliradicolare in spondiloartrosi cervicale e lombare". La fattispecie deve dunque essere acclarata da uno specialista in neurologia. Questo Tribunale osserva altresì che nel certificato neurologico del 18 gennaio 2014 (doc. 91 [ripetuto in doc. 102 e allegato al doc. TAF 1]), è stato segnalato che l'interessata riferiva di soffrire di vertigini quando cambiava posizione e che pertanto sarebbe stato utile un esame RMN e/o TC e EMG. Nel certificato ortopedico del 22 gennaio 2014 (doc. 92 [ripetuto in doc. 101 e allegato al doc. TAF 1]), è posta la diagnosi di "cervicalgie da discopatie multiple e lombosciatalgia da discopatia L5-S1" e indicato "es. TAC rachide cervicale; collare cervicale semirigido ad intermittenza; fascia elastica L-S". Al riguardo, nel rapporto del 4 marzo 2014, il medico del Servizio medico ha ritenuto che sulla base del consulto radiologico non vi sono patologie causate dalle vertigini (doc. 96). Tuttavia, questo Tribunale osserva che non compete all'ortopedico di pronunciarsi su affezioni neurologiche (tra cui anche l'esistenza di vertigini), di modo che l'assenza nel generico certificato ortopedico del 22 gennaio 2014 di riferimenti a problematiche neurologiche (tra cui appunto la vertigini) non consente conclusioni sull'esistenza e l'inesistenza di affezioni neurologiche,

come invece ha fatto il Servizio medico dell'UAIE nel rapporto del 4 marzo 2014. Ne consegue che, in assenza di una perizia esperita da uno specialista in neurologia non è possibile escludere a priori l'esistenza di una problematica neurologica. Pertanto, l'istruttoria dell'autorità inferiore si rileva carente/incompleta anche da questo profilo.

E. 12

Per conseguenza, la decisione impugnata del 19 marzo 2014, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale e deve essere annullata.

E. 13.1

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 (cfr. sentenza del TAF C-1446/2013 del 16 ottobre 2014 consid. 8.1). 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 TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326). 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 in ambito ortopedico-reumatologico, neurologico e psichiatrico non essendo sufficiente esaminare la presente complessa fattispecie mediante perizie o rapporti medici isolati (cfr. sentenza del TF 9C_235/2013 del 10 settembre 2013 consid. 3.2 con rinvii; cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze [accertamento manifestamente insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti da parte dell'autorità inferiore] DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute della ricorrente dovesse rendere necessario (v. segnatamente i disturbi cardiaci cui è fatto riferimento nella relazione medico-legale del 30 aprile 2014 del dott. C._____ [doc. 98 e allegato ai doc. TAF 1 e 4]), nonché a pronunciare una nuova decisione.

E. 13.2

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 19 marzo 2014 l'autorità inferiore ha respinto la richiesta di rendita formulata dall'interessata.

E. 14.1

Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 402.50, versato il 3 e 26 settembre 2014, sarà restituito alla ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato.

E. 14.2

Ritenuto che l'insorgente non è rappresentata in questa sede da mandatario professionale e che non ha fatto valere, né risulta ad un esame d'ufficio, che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla presente procedura di ricorso, non si giustifica 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]). (dispositivo alla pagina seguente)

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