

BVGer C-6433/2011 vom 3. Mai 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-05-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6433_2011

FR: TAF C-6433/2011 du 3 mai 2013

IT: TAF C-6433/2011 del 3 maggio 2013

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. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), 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 della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI 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 legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (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.

E. 2.1

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché il Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 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 (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a

far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n. 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

E. 2.2

Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

E. 2.3

L'art. 80a LAI, nella versione in vigore fino al 31 marzo 2012, sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71. I nuovi Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009 relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, entrati in vigore il 1° aprile 2012 nei rapporti tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione Europea, che sostituiscono i Regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72, non sono altresì (ancora) applicabili al caso concreto.

E. 2.4

Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.1

Secondo l'art. 2 LPGGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

E. 3.2

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 DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 18 marzo 2008, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 5a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2008 (cfr. DTF 138 V 475; v. sentenza del Tribunale federale 8C_249/2010 del 1° giugno 2009; v. anche la sentenza del Tribunale amministrativo federale C-5630/2010 del 13 settembre 2012). Al caso di specie, non sono

per contro applicabili le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (FF 2010 1603).

E. 3.3.1

La ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 18 marzo 2008. 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. 3.2 del presente giudizio]).

E. 3.3.2

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 DTF 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 Tribunale federale 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. 4

Nel gravame, la ricorrente rimprovera all'autorità inferiore di non avere sufficientemente motivato la decisione impugnata. La censura non appare del tutto priva di fondamento ove si rilevi che l'insorgente ha chiesto all'UAIE "la remissione in copia di tutta la documentazione, medica e non" (v. lo scritto del 14 giugno 2011 [doc. 111]). Il 18 luglio 2011, prima dell'emanazione della decisione litigiosa, l'autorità inferiore ha però trasmesso alla ricorrente unicamente "la documentazione sanitaria" (doc. 112). La censura relativa all'insufficiente motivazione della decisione può essere lasciata indecisa ritenuto che per i motivi che saranno esposti al considerando 11 del presente giudizio, il ricorso va comunque parzialmente accolto e la decisione impugnata annullata.

E. 5

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 LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA 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) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4). La ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 30 anni (v. doc. 7) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

E. 6.1

L'invalidità ai sensi della LPGGA 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. 6.2

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%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

E. 6.3

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. 6.4

Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c*).

E. 7.1

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, DTF 110 V 273; v. pure sentenze del Tribunale federale 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. 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. 7.2

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. 7.3

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 (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

E. 8.1

Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPG), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

E. 8.2

Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

E. 8.3

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 Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

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 125 V 351 consid. 3).

E. 9.2

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. 9.3

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 10

Dalla documentazione medica agli atti appare che la ricorrente soffre segnatamente di gonartrosi bilaterale con esiti di intervento di meniscectomia bilaterale e ricostruzione dei legamenti al ginocchio sinistro, lombalgia cronica da discopatie multiple ed ernia discale L4-L5, periartrite cronica infiammatoria alla spalla destra, ipertensione arteriosa in controllo farmacologico ed eccedenza ponderale in brachitipo (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 1° febbraio 2011 [doc. 101] e presa di posizione del medico SMR dell'11 aprile 2011 [doc. 105]).

E. 11.1

Nella fattispecie in esame, occorre determinare se, e a partire da quando, la ricorrente abbia subito, e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% durante un anno giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI.

E. 11.2

Questo Tribunale rileva che il dott. D. _____, medico dell'UAIE, nella sua presa di posizione del 30 agosto 2010 (doc. 52), aveva a suo tempo chiesto - come previsto nella sentenza del Tribunale amministrativo federale del 17 maggio 2010 (cfr., segnatamente, il considerando 10 del menzionato giudizio) - l'effettuazione d'ulteriori accertamenti al fine di una corretta e completa constatazione dei fatti determinanti. Come richiesto all'INPS di C. _____ dall'UAIE il 14 settembre 2010 (doc. 55), l'insorgente avrebbe dovuto essere sottoposta ad un esame sullo stato di salute generale, un esame neurologico, un esame ortopedico, una risonanza magnetica alla colonna vertebrale e ad un esame di elettro-neuromiografia alle gambe. Nel caso in esame, facendo astrazione di due rapporti ortopedici (non datati; doc. 79 e 94), in pratica da maggio 2010 fino alla data della decisione impugnata, il 24 ottobre 2011, sono però stati assunti agli atti di causa solo due documenti medici di data posteriore all'ulteriore istruttoria prevista nella sentenza di rinvio di questo Tribunale, ossia un rapporto neurologico del 16 novembre 2010 (doc. 91) e la perizia medica particolareggiata E 213 del 1° febbraio 2011 (doc. 101).

E. 11.3

Nel brevissimo rapporto dell'11 aprile 2011 (doc. 105), il dott. D._____, ha segnatamente rilevato, sulla base di detta documentazione, che il rapporto neurologico del 16 novembre 2010 (doc. 91) riferisce di movimenti normali con un segno di lasegue positivo di grado indeterminato ed una leggera claudicazione a sinistra. Il referto di risonanza magnetica della colonna vertebrale dell'8 ottobre 2009 (doc. 88) non fa comunque stato di alcuna ernia discale. Detto medico ha pure segnalato che dalla perizia medica E 213 del 1° febbraio 2011 (doc. 101) emerge che l'interessata presenta un'andatura normale e che può svolgere a metà tempo l'ultimo lavoro. Il dott. D._____ (dopo aver indicato che i disturbi ortopedici di cui soffre l'insorgente permettono l'esercizio a metà tempo della precedente attività semipesante di addetta alle pulizie dal 24 giugno 2008) ha ritenuto esigibile al 100% (sempre a far tempo dal 24 giugno 2008) l'esercizio di un'attività leggera confacente allo stato di salute della ricorrente. Il medico non si è comunque espresso sul motivo per cui non sarebbe stato indispensabile raccogliere, prima della pronuncia della decisione impugnata, dei documenti specialistici più recenti, visto il tempo trascorso dalla stesura dei rapporti medici oggettivi presenti agli atti di causa al 24 ottobre 2011 e che non è nota la data degli esami specialistici ortopedici rispettivamente non sono reperibili né una risonanza magnetica né un esame di elettro-neuromiografia alle gambe recenti (segnatamente di data posteriore alla sentenza di cassazione del Tribunale amministrativo federale del 17 maggio 2010), senza che si possa senz'altro ritenerli siccome superflui.

E. 11.4

Quanto alle indicazioni/valutazioni del dott. D._____ sullo stato di salute della ricorrente emergenti dai documenti medici agli atti di causa, occorre altresì precisare che il rapporto neurologico del 16 novembre 2010 (doc. 91) evidenzia un lieve impaccio nei passaggi posturali ed un'andatura lievemente claudicante a sinistra, non riferisce di alcun (eventuale) disturbo neurologico, ma comporta un esame obiettivo estremamente generico, diagnostica un'ernia discale L4-L5 e non si pronuncia in merito all'incidenza sulla capacità lavorativa di detta affezione, ritenuto che nel referto di risonanza magnetica del 6 ottobre 2007 (doc. 15) era segnalata la presenza di un'ernia discale che comprimeva la radice di L5 (nell'ultimo rapporto E 213 del 1° febbraio 2011 è stato peraltro segnalato, rispetto alla situazione indicata nel rapporto E 213 del 24 giugno 2008, che lo stato di salute della ricorrente è peggiorato). Non appare altresì possibile concludere all'assenza di un (eventuale) conflitto radicolare sulla base delle risultanze del referto di risonanza magnetica della colonna vertebrale dell'8 ottobre 2009 (doc. 88), in cui non è invero specificata la presenza di ernie discali, ritenuto che trattasi di un referto anteriore di 2 anni alla decisione impugnata e che non è dato ritenere sulla base degli atti di causa al loro stato attuale che la situazione sia rimasta invariata su questo punto da tale risonanza magnetica. Inoltre, a prescindere dal fatto che i rapporti ortopedici (doc. 79 e 94) non sono datati e non è dunque possibile sapere a quale data la ricorrente sia stata sottosta a detti esami specialistici - rapporti su cui peraltro il medico dell'UAIE non si è neppure pronunciato - gli stessi non comportano alcun esame obiettivo e non fanno riferimento ad una specifica incapacità lavorativa. Ora, se invero nella perizia E 213 del febbraio 2011 il medico incaricato dell'esame ha indicato che la ricorrente è in grado di svolgere un lavoro sostitutivo adeguato alle sue condizioni a tempo pieno (doc. 101 pag. 9 n. 11.5 e 11.6), non è tuttavia possibile attribuire pieno valore probatorio a detta generica valutazione, dal momento che la stessa non appare redatta da uno specialista in ortopedia o neurologia, che l'esame obiettivo dal profilo ortopedico e neurologico è

estremamente superficiale (v. doc. 101 pag. 4 n. 4.8 e 4.10), che la diagnosi posta appare nella sostanza sovrapponibile con quella di cui alla perizia medica E 213 del giugno 2008 (v. doc. 17 pag. 7 n. 7) e che nella perizia medica particolareggiata E 213 del 1° febbraio 2011 (doc. 101) è stato ritenuto un peggioramento delle condizioni di salute dell'insorgente rispetto a quanto indicato in quella del 24 giugno 2008 (doc. 17) e indicato un aumento del grado d'invalidità, secondo le disposizioni del Paese di residenza, dal 40% al 50% (la percentuale del 50% essendo stata riferita, nell'ultimo rapporto E 213, anche alle attività sostitutive adeguate).

E. 12

Da quanto esposto, ritenuto il menzionato insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti dal profilo medico, la decisione impugnata, che viola il diritto federale, incorre nell'annullamento.

E. 13.1

Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del Tribunale amministrativo federale C-2477/2011 dell'11 febbraio 2013 consid. 11.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e DTF 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, infine, a completare adeguatamente l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute della ricorrente, segnatamente con un esame sullo stato di salute generale, una perizia ortopedica e neurologica (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario, 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 24 ottobre 2011 l'autorità inferiore ha considerato che la ricorrente non ha subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile, perlomeno fino alla data della decisione impugnata (che costituisce il limite della cognizione temporale di questo Tribunale nel caso di specie), ed ha respinto la domanda della medesima volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

E. 14.1

Visto l'esito della procedura, 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. 14.2

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 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [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). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 2'000.--, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante della ricorrente. 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.