

BVGer C-6572/2017 vom 18. September 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-09-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6572_2017

FR: TAF C-6572/2017 du 18 septembre 2017

IT: TAF C-6572/2017 del 18 settembre 2017

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2). Il Tribunale amministrativo federale 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. 1.2

La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). 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). Secondo l'art. 2 LPGA, 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. 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. Secondo le regole generali del diritto intertemporale, si applicano le norme procedurali in vigore al momento dell'esame del ricorso (DTF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.3

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 e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

E. 2.1

In via preliminare va rilevato che l'oggetto litigioso è costituito dalla questione se la ricorrente abbia diritto, o meno, ad una rendita d'invalidità anche a decorrere dal 1° luglio 2015, segnatamente se dal 19 marzo 2015 la capacità lavorativa in attività adeguate sia totale come ritenuto dall'amministrazione oppure se l'incapacità lavorativa sia almeno del 50% come indicato dalla ricorrente.

E. 2.2

Il diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita assegnata all'assicurata nella procedura precedente con decisione del 23 novembre 2015 (doc. A 67) con effetto dal 1° marzo 2015 al 30 giugno 2015 non è per contro contestato. La sua conformità al diritto è del resto già stata confermata dal TAF nella precedente sentenza di rinvio del 1° giugno 2016 (doc. A 77; sentenza C-138/2016 del 1° giugno 2016, consid. 13.2 a cui rinvia il dispositivo no. 1).

E. 2.3

Pertanto, nella decisione impugnata - visto l'annullamento da parte del TAF del precedente provvedimento del 23 novembre 2015 - l'autorità inferiore avrebbe dovuto riconfermare il diritto a tre quarti di rendita dal 1° marzo al 30 giugno 2015, come peraltro accennato nella decisione stessa (cfr. doc. A 116).

E. 2.4

Poiché l'amministrazione ha tuttavia ommesso di statuire in tal senso, su questo punto il ricorso deve essere accolto, e concesso il diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita dal 1° marzo al 30 giugno 2015.

E. 3

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGa). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF 2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). L'autorità di ricorso si limita, di principio, ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

E. 4.1

Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, 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 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1). Nel caso in esame, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le eventuali modifiche intervenute fino alla pronuncia della decisione impugnata.

E. 4.2

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 (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data

quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (sentenze 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. 4.3

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, 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 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

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 a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può ragionevolmente esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete. 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; sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). Secondo l'art. 7 cpv. 1 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 e 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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). Secondo l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro 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 d'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. 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 (DTF 116 V 246 consid. 1b).

E. 5.2

Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Disturbo di personalità dipendente (astenico) (ICD-10 GM: F 60.7). Disturbo dell'adattamento con ansia (ICD-10 GM: F 43.22). Ipotiroidismo subclinico in previsione di accertamenti specialistici. Consumo tabagico (30 PY). Stato da istero-annessiectomia bilaterale (febbraio 2015). Stato da varicectomia ds. per varicosi non complicata. Stato da intervento di asportazione di cisti latero-cervicale a ds. di natura non chiara (2005)".

E. 5.3

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

E. 6.1

Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. 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 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato. Affinché un rapporto medico acquisti valore di prova rilevante è determinante che esso sia completo in merito ai temi sollevati, si fondi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi, tenga conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 6.2

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 (DTF 125 V 351 consid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a

un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver 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 discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (sentenza del TF I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4; DTF 125 V 351 consid. 3b/cc). Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione può essere attribuito pieno valore probatorio, a condizione che essi si rivelino concludenti, compiutamente motivati e privi di contraddizioni e che, inoltre, non sussistano degli indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto sussistere delle circostanze particolari che permettono di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 6.3

In ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (DTF 141 V 281 consid. 2.1; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). In presenza di disturbi psichici, in particolare di disturbi da dolore somatoforme, di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di disturbi depressivi di grado da leggero a medio (DTF 143 V 409), la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e 4.1 nonché 143 V 418 consid. 6 segg.). Il Tribunale federale ha suddiviso gli indicatori per la valutazione della capacità lavorativa in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3), segnatamente categoria "gravità funzionale" (consid. 4.3) con i complessi "danno alla salute" (consid. 4.3.1; risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi; successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione; comorbidità), "personalità" (sviluppo e struttura della personalità, funzioni psichiche [consid. 4.3.2] e contesto sociale [consid. 4.3.3]) nonché categoria "coerenza" (aspetti del comportamento [consid. 4.4] in rapporto alla limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili [consid. 4.4.1] ed alla sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione [consid. 4.4.2]).

E. 6.4

Secondo le recenti sentenze pubblicate in DTF 143 V 409 e 418 è corretto e conforme al sistema sottoporre ad una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281 in linea di principio, tutte le malattie psichiche. È infatti erroneo qualificare come leggera

un'affezione, per il motivo che la diagnosi non richiede un grado di gravità e già solo per questa ragione negare ogni limitazione rilevante della capacità lavorativa. Ciò vale a maggior ragione per il fatto che distinguere tra disturbi somatoformi oppure disturbi funzionali riconducibili a depressione crea spesso problemi in ambito peritale (DTF 143 V 409 consid 4.5.).

E. 6.5

Un tale procedimento è superfluo se l'incapacità lavorativa è negata sulla base di rapporti con forza probante allestiti da medici specialisti (si veda DTF 125 V 351) e se eventuali valutazioni contrarie non hanno valenza probatoria, perché i referti provengono da medici senza qualifica specialistica o perché vi sono altre ragioni (DTF 143 V 409 consid. 4.5).

E. 7.1

Nel caso concreto, a seguito della sentenza di rinvio del TAF, occorre in primo luogo esaminare se l'autorità inferiore ha a giusto titolo ritenuto provato con il grado della verosimiglianza preponderante un miglioramento dello stato di salute della ricorrente a partire da marzo 2015. Inoltre, in caso di risposta affermativa deve essere verificato se l'eventuale miglioramento ha comportato un incremento della capacità lavorativa tale da giustificare la soppressione della rendita a partire luglio 2015 o se invece, come fatto valere dall'insorgente, la sua capacità lavorativa era da ritenersi al massimo del 50% in attività adeguate.

E. 7.2

Nella procedura sfociata nella decisione del 23 novembre 2015, l'autorità inferiore aveva assunto agli atti tra l'altro i seguenti atti medici: - la perizia del 18 luglio 2014 del dott. M._____, specialista in medicina interna, medico di fiducia SGV/SSMC/SSMF, eseguita su incarico dell'assicuratore malattia (doc. B 6), in cui il perito ha posto la diagnosi di sintomatologia dolorosa lombosacrale associata a dolenzia nella regione inguinale sinistra persistente da inizio 2014, di natura non chiara, la quale ha influenzato la capacità lavorativa in maniera alterna nella misura del 50% e del 100%. Ha infine consigliato l'esecuzione di una perizia reumatologica per valutare in maniera dettagliata i limiti funzionali e di carico (doc. B 6, p. 8); - la valutazione internistica reumatologica del 6 agosto 2014 del dott. N._____, specialista in medicina interna, perito certificato SIM, eseguita su incarico dell'assicuratore malattia (doc. B 7), il quale ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "coxalgia sinistra ricorrente su minime alterazioni degenerative, sbilancio muscolare, importante antiversione del bacino, esiti di inserzionite sulle porzioni craniali dei grandi trocanteri femorali soprattutto a sinistra, entesopatia calcifica in sede dei grandi trocanteri femorali" e di "lombalgia ricorrente su minime alterazioni degenerative, alterazioni della statica (alterazioni osteofitiche su emisacralizzazione sinistra di L5)"(doc. B 34 pag. 5 e 6). Ha inoltre specificato che, "salvo complicazioni", una capacità lavorativa totale era esigibile nell'ultima attività svolta a decorrere dal 15 settembre 2014. In attività sostitutiva adeguata rispettosa dei limiti funzionali, l'interessata era da ritenersi abile in misura totale dal 6 agosto 2014 (data di redazione della perizia). Il perito ha segnalato di ritenere eventualmente opportuna una rivalutazione dello stato di salute dell'interessata avente per scopo la verifica dei limiti funzionali suscettibili di giustificare un'incapacità lavorativa oltre il 15 settembre 2014 (doc. B 7 pag. 7), - l'ulteriore valutazione internistica reumatologica del dott. N._____, del 10 novembre 2014 (doc. B 9), in cui il perito ha constatato un peggioramento nella

deambulazione, che risultava compromessa per instabilità e risparmio nell'appoggio dell'arto inferiore sinistro. Ha poi evidenziato la necessità di una rivalutazione ortopedica, ed eventualmente una nuova RMN delle anche e del rachide L-S, per potersi determinare in merito all'opportuna terapia e alla prognosi. Si è quindi espresso in merito all'incapacità lavorativa dell'interessata - che ha ritenuto nulla dal 20 ottobre 2014 e del 50% dal 3 novembre 2014 - e puntualizzato che una prognosi lavorativa sarebbe stata possibile solo dopo accertamenti diagnostici e opportuna terapia. - la perizia del 1° settembre 2015 della dott.ssa O._____, esperita per conto dell'UAI-B._____, (doc. A 49), in cui la specialista in medicina fisica e riabilitazione ha posto le diagnosi, con influsso sulla capacità lavorativa, di "cervico-toraco-lombalgia su base degenerativa" e "sindrome miofasciale diffusa in verosimile trend fibromialgico". Si è poi espressa sull'incapacità lavorativa dell'interessata a decorrere da gennaio 2014 e, in particolare, ha ritenuto l'assicurata inabile nella precedente attività in misura del 30%, da intendersi come riduzione del rendimento lavorativo nell'arco di una giornata di 8 ore, a decorrere dal 19 marzo 2015 nonché totalmente abile in un'attività sostitutiva adeguata rispettosa delle limitazioni funzionali (cioè evitando una posizione fissa in ortostatismo per periodi prolungati, un carico di pesi superiori a 5 kg, e continue rotazioni o flessioni del tronco), dalla medesima data, ossia dal 19 marzo 2015 (doc. A 49 pag. 6). Per quanto riguarda il periodo precedente il 19 marzo 2015, l'esperta ha concluso che "in assenza di dati clinici sufficienti per valutare l'inabilità lavorativa precedente al 19 marzo 2015", confermava "le certificazioni eseguite dai colleghi a partire dal 03.01.2014 al 18.03.2015".

E. 7.3

Nella sentenza di rinvio il Tribunale adito aveva considerato che l'istruttoria non era stata sufficientemente approfondita, mancando in particolare i necessari accertamenti per poter determinare se le affezioni accertate giustificavano la conclusione di cui alla decisione impugnata - secondo cui l'insorgente presentava una capacità lavorativa del 70% nell'attività abituale a decorrere dal 19 marzo 2015 e dalla medesima data del 100% in un'attività sostitutiva adeguata - o se la capacità lavorativa residua era inferiore e legittimava la concessione di una rendita superiore e per una durata maggiore, come preteso dalla ricorrente. A tal proposito, il TAF aveva segnalato che l'incapacità lavorativa risultante dalle note patologiche non era stata attestata in modo uniforme dai vari medici e che non era provato che fosse subentrato un miglioramento dello stato di salute della ricorrente a partire da marzo 2015 e in che cosa consistesse. Inoltre, ha indicato che sia la dott.ssa O._____, che il dott. N._____ avevano consigliato l'esecuzione di una rivalutazione reumatologica visto il sospetto di fibromialgia (doc. A 49 pag. 6), rispettivamente una rivalutazione ortopedica, ed eventualmente una nuova RMN delle anche e del rachide L-S (doc. B 9 pag. 4). Infine, per potersi determinare sulla residua capacità lavorativa della ricorrente, ha ritenuto necessario anche un approfondimento della patologia psichiatrica.

E. 8.1

Nella perizia pluridisciplinare (internistica, reumatologica, neurologica, e psichiatrica) esperita in sede di rinvio il SAM ha in particolare posto le seguenti diagnosi (doc. 93 pag. 39): "5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Fibromialgia (codice ICD M 79.70, precisato dal SAM su richiesta della giudice dell'istruzione pendente causa di ricorso, doc. TAF 28) Incipiente discopatia C5-C6: - nessuna importante diminuzione della mobilità; - nessuna neurocompressione. Incipienti alterazioni degenerative (fisiologiche) degli ultimi due segmenti lombari liberi, in presenza di anomalia di transizione senza

rilevanza clinica: - nessun'importante diminuzione della mobilità: - nessuna neurocompressione.

E. 8.2

I periti hanno precisato che "attualmente dal punto di vista reumatologico si ribadisce un quadro fibromialgico in associazione ad incipiente discopatia cervicale e ad incipienti alterazioni degenerative per altro fisiologiche a livello lombare, (...). Il Dr. med. F. _____, riguardo all'evoluzione dello stato di salute dell'A., ritiene che sia molto difficile in base agli atti a disposizione ricostruire in modo affidabile l'incapacità lavorativa, questo trovandosi in assenza di una qualunque diagnosi ragionevolmente credibile e di un'incapacità lavorativa in nessun caso sostenuta da qualunque argomento medico" (doc. A 93 p. 47)

E. 8.3

Con riferimento alla capacità lavorativa residua i periti hanno stabilito che sussisteva una riduzione unicamente in virtù della patologia reumatologica. Il dott. F. _____, alla luce delle menzionate diagnosi, ha in particolare ritenuto esigibile - a decorrere da marzo 2014 - un impiego al 90% nella precedente attività di stiratrice per riduzione del rendimento. In attività adeguate e come casalinga, la capacità lavorativa è stata ritenuta completa, sempre a partire da marzo 2014. Il reumatologo ha attestato che "la diagnosi di fibromialgia creava in particolare nell'A. una generale lieve diminuzione del rendimento dovuta a dolori diffusi, disturbi del sonno ed alla stanchezza che ne deriva. Vi è dunque una lieve diminuzione del rendimento in particolare per lavori molto impegnativi e veloci da un punto di vista fisico o mentale. Si possono dunque rendere necessarie pause leggermente più lunghe per riprendersi" (doc. A 93, p. 40 e segg.).

E. 8.4

Il SAM ha inoltre precisato che "le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti del SAM. Sussistendo unicamente una riduzione della capacità lavorativa per patologia reumatologica, non si rende necessario procedere a teleconferenza con i periti coinvolti" (doc. A 93, p. 40), aggiungendo che "si sono potute evidenziare discrepanze tra i sintomi descritti dall'A., l'anamnesi e le varie valutazioni cliniche specialistiche. In particolare dal punto di vista fisico si oggettiva una discordanza tra i sintomi descritti e l'assenza di qualunque elemento patologico oggettivo rilevabile. Si ritiene che l'A. presenti un grado di amplificazione dei sintomi elevato, possibilmente correlato anche alla patologia psichiatrica. Tuttavia, non sussistono criteri diagnostici per poter formulare la diagnosi di un disturbo somatoforme" (doc. A 93, p. 49).

E. 9.1

Dal canto suo, l'assicurata ha trasmesso il parere medico legale del 6 settembre 2017 della dott.ssa L. _____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, la quale ha posto le diagnosi di fibromialgia, depressione (senza indicare alcun codice ICD) e ipotiroidismo subclinico. La specialista ha inoltre rilevato di non concordare con le conclusioni relative alla capacità lavorativa di cui alla perizia pluridisciplinare, specificando, dopo aver ricordato la definizione di fibromialgia e, da un punto di vista astratto, i limiti funzionali causati da detta patologia (in particolare dolore continuo e diffuso, astenia, disturbi dell'umore quali ansia e depressione), che le precisazioni circa la natura della patologia da cui è affetta giustificano "la sua incapacità lavorativa rispetto alle mansioni abituali di stiratrice e l'impossibilità ad una riqualificazione professionale adeguata e rispettosa delle sue competenze" (doc. A 112).

E. 9.2

In fase ricorsuale, l'interessata ha prodotto il rapporto dettagliato della dott.ssa P. _____, medico chirurgo, specialista in criminologia clinica ed in psichiatria, datato 8 febbraio 2016, in cui ha spiegato, dopo essersi soffermata sull'anamnesi ed aver eseguito l'esame psichiatrico, che il caso "presenta diversi elementi indicativi della presenza nel soggetto di una malattia psichiatrica, clinicamente rilevante sviluppatasi in stretta correlazione con la sintomatologia algico disfunzionale e peraltro influente, in senso peggiorativo, in termine di percezione del dolore, sulla stessa", concludendo che la paziente è affetta da una sindrome depressiva ad elevata espressività somatica, i cui esiti possono dirsi nell'attualità stabilizzati nelle componenti principali e scarsamente attenuati dalla terapia antidepressiva assunta. Infine, ha attestato che tale patologia costituisce certamente "un aggravamento del grado di invalidità della persona che deve essere valutata complessivamente (malattia fisica e psichica) in misura non inferiore al 50%" (allegato al doc. TAF 1).

E. 9.3

Al riguardo il SMR ha evidenziato che la perizia pluridisciplinare ha tenuto conto anche del rapporto della dott.ssa P. _____.

E. 10.1

Alla luce di quanto appena esposto e per i motivi indicati nei considerandi seguenti questa Corte non ha motivo di scostarsi dalla perizia dettagliata, approfondita, motivata e concludente del SAM, che va posta alla base della presente sentenza.

E. 10.2

In primo luogo va rilevato che dalla perizia pluridisciplinare è emerso che dal punto di vista psichiatrico non vi erano diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa e che la specialista G. _____ ha attestato una piena capacità lavorativa in qualsiasi attività, precisando che non erano dati i criteri diagnostici per poter attestare un disturbo somatoforme.

E. 10.3

Con riferimento alla valutazione specialistica della dott.ssa P. _____ va rilevato che essa è anteriore di oltre un anno alla perizia del SAM e che la dott.ssa G. _____ ha compiutamente addotto le ragioni (segnatamente il fatto che il disturbo della personalità non ha mai impedito all'interessata di conciliare attività professionale e famiglia e l'assenza di criteri diagnostici per poter diagnosticare un disturbo somatoforme) che l'hanno indotta a scostarsi dalle conclusioni della collega. Quest'ultima ha peraltro formulato una diagnosi senza indicare alcun codice ICD né si è espressa concretamente sui limiti funzionali o sulla residua capacità lavorativa, prendendo invece posizione sul grado di invalidità che, secondo il diritto svizzero, non è di competenza del medico, senza inoltre motivare compiutamente le proprie conclusioni. Inoltre la dott.ssa P. _____ ha dichiarato che gli esiti della sindrome depressiva diagnosticata "possono dirsi nell'attualità stabilizzati nelle componenti principali" anche se "scarsamente attenuati dalla terapia antidepressiva". In simili circostanze le conclusioni divergenti in relazione alla capacità lavorativa residua paiono semplicemente configurare una valutazione diversa di una situazione identica. La perita del SAM ha invece fondato la propria valutazione su un approfondito esame clinico in base ad un doppio incontro con l'assicurata e dopo aver esperito test psicologici specifici e approfondimenti, segnatamente esami psicodiagnostici Rorschach e MMPI - 2. A tal proposito risulta inoltre significativo che neppure il dott. Q. _____, medico curante

dell'assicurata e specialista in psichiatria, abbia mai attestato una patologia psichiatrica nei suoi numerosi certificati medici (cfr. doc. A 72, p. 223 e segg.). Di conseguenza, dal profilo psichiatrico la perizia evidenzia in maniera precisa, comprensibile, concludente e pertanto convincente per quale motivo, nella fattispecie non sussistono disturbi psichici invalidanti, mentre i referti trasmessi dalla ricorrente non sono atti a metterla in discussione.

E. 10.4

Dal canto suo, il neurologo ha evidenziato di non poter porre alcuna diagnosi. In particolare ha segnalato di non aver riscontrato elementi clinici o elettrofisiologici per un quadro di radicolopatia lombare o per altre cause giustificanti i sintomi accusati dall'assicurata, concludendo per una piena capacità lavorativa in qualsiasi attività. Agli atti non figurano inoltre referti specialistici suscettibili di inficiare il parere peritale del dott. H._____.

E. 10.5.1

In ambito ortopedico-reumatologico le valutazioni dei periti del SAM coincidono sostanzialmente con quanto appurato dai precedenti specialisti, ossia i dott. N._____ (referti del 6 agosto e del 10 novembre 2014) e O._____ (perizia del 1° settembre 2015; consid. 7.2) circa una generale evoluzione positiva dello stato di salute della ricorrente a partire da agosto 2014 e sulla sopravvenienza, a partire al più tardi da marzo 2015 di un conseguente miglioramento significativo e duraturo della capacità lavorativa. Difatti, nell'agosto 2014, il dott. N._____ aveva attestato una piena capacità lavorativa in attività adeguata (cfr. doc. B 7, p. 6), rilevando poi un peggioramento temporaneo nel mese di novembre 2014, da rivalutare in seguito ad ulteriori accertamenti diagnostici e opportuna terapia (doc. B 9, p. 2 e segg.). In seguito, dopo che la dott.ssa O._____ aveva attestato una piena capacità lavorativa in attività adeguate a partire dal 19 marzo 2015, pure il dott. F._____ ha riconosciuto che le conseguenze della problematica fibromialgica comportavano unicamente una lieve diminuzione del rendimento, attestando una capacità lavorativa del 90% nella precedente attività e del 100% in attività adeguate, entrambe a decorrere da marzo 2014.

E. 10.5.2

Di conseguenza, e nonostante gli specialisti interpellati siano giunti a conclusioni leggermente diverse per quel che concerne le tempistiche ed il grado di capacità lavorativa residua nella precedente attività, dagli atti medici all'incarto risulta provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che l'interessata, a partire da agosto 2014, abbia progressivamente ritrovato la propria abilità lavorativa. Gli specialisti concordano inoltre su una capacità lavorativa completa in attività adeguate al più tardi da marzo 2015.

E. 10.6

Occorre infine rilevare che il parere medicolegale della dott.ssa L._____ del 6 settembre 2017, non evidenzia nuovi elementi clinici che depongono per un peggioramento dello stato di salute dell'insorgente (cfr. annotazione del medico SMR, dott. I._____, dell'11 settembre 2017 [doc. A 110]) e che pertanto, nella misura in cui la citata valutazione attesta una totale incapacità lavorativa in qualsiasi attività, costituisce unicamente un diverso apprezzamento di circostanze di fatto sostanzialmente identiche a quelle di cui alla perizia pluridisciplinare. Senonché, detta valutazione è stata effettuata da un medico non specificatamente specializzato nelle branche della medicina interessanti le affezioni della ricorrente. Inoltre, la dott.ssa L._____ non motiva in maniera approfondita le conclusioni a

cui giunge, esprimendosi peraltro su questioni che non le competono. Di conseguenza, il valore probatorio di tale referto è molto limitato e non è suscettibile di mettere in discussione le conclusioni dei periti del SAM sulla portata della capacità lavorativa residua in attività adeguate a partire dal marzo 2015. L'insorgente non ha altresì esibito un documento medico o di data posteriore alla menzionata perizia pluridisciplinare del SAM atto a metterne in dubbio le conclusioni.

E. 10.7

Va infine rilevato che in concreto l'esecuzione di una procedura probatoria strutturata ai sensi della giurisprudenza di cui alla DTF 141 V 281 non è necessaria, in quanto l'incapacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico, neurologico e ortopedico-reumatologico si fonda su dei referti dettagliati e completi, nei quali i periti hanno sostanzialmente preso posizione in maniera esaustiva in merito al danno alla salute, tra l'altro svolgendo dettagliati esami strumentali, tematizzando le possibilità di successo dei trattamenti disponibili, così come gli effetti congiunti delle diverse affezioni. I periti si sono pure chinati sulla questione delle risorse dell'assicurata e della facoltà di riprendere un'attività lavorativa alla luce dei limiti funzionali del caso concreto (cfr. doc. A 93, segnatamente pag. 40 e segg.). Peraltro, l'incapacità lavorativa è stata determinata di comune accordo tra i periti, sulla base di rapporti con forza probante allestiti da medici specialisti. Inoltre, le valutazioni contrarie, segnatamente delle dott.sse L._____ e P._____ non hanno, per i motivi precedentemente indicati, pieno valore probatorio. Non è pertanto necessario nel caso di specie chiedere un complemento alla perizia pluridisciplinare del SAM del 9 maggio 2017.

E. 10.8

Alla luce di quanto sopra esposto, conto tenuto della documentazione medica specialistica a disposizione al momento della decisione, il caso appare senz'altro sufficientemente indagato e pronto per la definizione. È dunque a giusto titolo che l'autorità inferiore non ha ordinato ulteriori accertamenti.

E. 10.9

Di conseguenza, la censura secondo cui l'assicurata sarebbe completamente inabile nella precedente attività di stiratrice e almeno al 50% in attività esigibili non trova alcun riscontro serio e oggettivo negli atti di causa e dev'essere respinta, non sussistendo per questa Corte alcun motivo di scostarsi dalla convincente e motivata valutazione di cui alla perizia pluridisciplinare del SAM con riferimento alla residua capacità lavorativa della ricorrente dal profilo neurologico, psichiatrico e ortopedico-reumatologico.

E. 11

In conclusione, risulta quindi provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che l'insorgente, a partire da marzo 2015, dispone di una piena capacità lavorativa in ogni attività sostitutiva compatibile con le limitazioni funzionali riscontrate nella perizia pluridisciplinare del SAM, mentre essa è del 90% (intesa quale riduzione del rendimento) nell'attività precedentemente svolta (cfr. in particolare doc. 93, p. 393).

E. 12.1

Avendo determinato la capacità lavorativa della ricorrente in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute, occorre, infine, esaminare la conformità del grado

d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore, tenuto conto in particolare della censura di mancata parallelizzazione dei redditi (doc. TAF 1).

E. 12.2

A tal proposito giova ricordare che in seguito alla menzionata sentenza del TAF, l'autorità inferiore ha svolto ulteriori verifiche per determinare l'eventuale necessità di parallelizzazione (cfr. gli scritti del 15 maggio 2017 sub doc. A 95 e del 20 maggio sub doc. A 103), concludendo che nella fattispecie tale procedura non si imponeva risultando comprovato che l'assicurata si era accontentata di un salario modesto (doc. TAF 21).

E. 12.3

In concreto la questione summenzionata non va risolta. L'assicurata è infatti abile al lavoro al 90% nella precedente attività, che avrebbe potuto riprendere con un discapito salariale ridotto, ragione per cui non si imponeva in concreto una parallelizzazione dei redditi. Inoltre, alla luce della menzionata inabilità lavorativa del 10%, non si otterrebbe un tasso di invalidità pensionabile neppure applicando - per ipotesi - la riduzione giurisprudenziale massima del 25%, che in concreto non è comunque giustificata né per l'età, né per eventuali limiti funzionali di cui tiene già conto la riduzione del rendimento del 10%, né per attività lavorativa a tempo parziale e neppure per attività leggera.

E. 13

In conclusione il ricorso va parzialmente accolto e alla ricorrente vanno attribuiti tre quarti di rendita dal 1° marzo 2015 al 30 giugno 2015, come già statuito nella precedente decisione e non contestato dalle parti. Per il resto il ricorso è respinto

E. 14.1

Visto l'esito della procedura, le spese processuali di CHF 800.-, sono poste a carico della ricorrente nella misura di ½, per un importo di CHF 400.- (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b 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]), che viene compensato con l'anticipo spese di CHF 800. L'importo residuo di CHF 400.- verrà restituito alla ricorrente successivamente alla crescita in giudicato della presente sentenza.

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 del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata e visto l'accoglimento parziale del ricorso, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 500.- 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.