

BVGer C-7105/2014 vom 6. September 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7105_2014

FR: TAF C-7105/2014 du 6 septembre 2016

IT: TAF C-7105/2014 del 6 settembre 2016

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

E. 1.2

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, per rimando dell'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge 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), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

E. 1.4

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA).

E. 2.1.1

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 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 della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 2.1.2

Contestato in concreto è il diritto di A. _____ di percepire una rendita intera di invalidità anche dopo il 31 agosto 2014 e parimenti il grado d'invalidità dal 1° aprile al 31 agosto 2014. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità.

E. 2.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 4 novembre 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 posteriormente quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. 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. 3.1

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea. È applicabile quindi, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra parte, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681). Il ricorrente ha soggiornato in Brasile dal giugno 2009 (consid. B.b) a inizio 2012 (doc. TAF 1) e quindi non nel periodo contestato.

E. 3.2

L'Allegato II, che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame è disciplinato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'Allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base alla quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente, e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento), ed il Regolamento (CEE) n° 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del Regolamento (CEE) n° 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

E. 3.3

Secondo l'art. 3 del Regolamento (CEE) n° 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'Allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'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 i 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 d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 4

Oggetto del contendere è da un lato il grado di invalidità dell'assicurata, che essa ritiene essere completo e dall'altro il diritto di percepire una rendita d'invalidità anche dopo il 31 agosto 2014.

E. 4.1

Secondo l'insorgente infatti, vista la patologia insorta dopo il licenziamento - su questo punto tutti i pareri medici-psichiatrici concordano - un tasso d'invalidità totale era presente dalla data della cessazione dell'attività lucrativa e lo sarebbe a tutt'oggi al momento della decisione impugnata, ciò che giustificherebbe il riconoscimento di una rendita intera dalla data della sua venuta in essere, fino a tutt'oggi e per il futuro.

E. 4.2

Dal canto suo l'amministrazione ritiene, in esito alla perizia del CPAS, che da maggio 2014, il grado d'incapacità al lavoro affliggente l'assicurata sia sceso al 35% e l'incapacità di guadagno sia da quel momento divenuta nulla.

E. 5

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 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 i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

E. 6.1

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

E. 6.2

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

E. 6.3

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b).

E. 6.4

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 6.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI, dal 1° gennaio 2008), 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, 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. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

E. 7.1

Una rendita limitata e/o crescente o decrescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA. In base a tale norma se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, 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 modificazione.

E. 7.2

Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201), 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. 7.4

Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI.

E. 8.1

Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio gli accertamenti necessari 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

Alfine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo 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 quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156

consid. 1 pag. 158).

E. 8.3

Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3).

E. 8.4

In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie 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 la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la concluzione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

E. 8.5

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF consid. 6.2.4 pag. 270; 134 V 231 consid. 5.1 pag. 232; 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; Hans-Jakob Mosimann, *Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen*, in: *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. questa Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 OG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

E. 8.6

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione - o come in concreto di assegnazione retroattiva di una rendita temporanea - se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.3).

E. 8.7

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). 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 qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

E. 9.1

La diagnosi emersa nel caso in esame non è unanime. La stessa merita un tracciato documentale medico-storico. Il Dott. B._____, medico fiduciario della Cassa malati Allianz, nella sua prima perizia del 12 giugno 2013 (doc. inc. CM 8), aveva rilevato una sindrome mista, ansioso-depressiva ancora in fase acuta ed a rischio evolutivo verso un episodio depressivo severo a forte componente ansioso-disforica (ICD 10-F41.2) indotta da un'inattesa misura di licenziamento (ICD 10-Z 56). Nel secondo referto eseguito nove mesi dopo, il 19 marzo 2014 (doc. inc. CM 17), il perito della Cassa malati precisava come segue il quadro diagnostico: (ICD 10 F 32.2) episodio depressivo severo, senza sintomi psicotici, ma con elementi melanconiformi, ancora in fase sub-acuta ed ad alto rischio di cronicizzazione, nonché ICD 10-Z 60.0 severo dissesto esistenziale, indotto dalla perdita del lavoro e da un successivo cambiamento di domicilio.

E. 9.2

Nel contempo, il medico psichiatra curante, Dott. C._____, dirigente medico del Centro psico-sociale dell'ospedale di circolo di V._____, il 13 agosto 2013, rilevava la diagnosi di episodio depressivo maggiore senza sintomi psicotici (doc. inc. CM 11, si confronti anche il rapporto precedente del 29 maggio 2013, doc.7). Il 3 gennaio 2014 confermava la diagnosi (doc. inc. CM14), attestava la modifica della terapia farmacologica, la presa a carico psicologica e qualche iniziale segno di miglioramento clinico. Con il rapporto dell'11 marzo 2014 (doc. inc. CM 16), confermava la precedente diagnosi pur infine annotando che "(...) il tono dell'umore mantiene una coloritura disforico-depressiva che pare aver assunto un andamento cronico, tanto da rendere ipotizzabile una diagnosi di distimia". Il 13 maggio 2014 (doc. 45), ossia poco più di un mese dopo l'ultimo rapporto del Dott. B._____, il Dott. C._____ rilasciava una certificazione praticamente identica alla precedente.

E. 9.3

Il perito di parte amministrativa Dott. E._____, psichiatra del CPAS, nella relazione del 5 agosto 2014 (visita il 29 luglio e 5 agosto 2014; doc. 50) diagnosticava, nel proprio rapporto dettagliato e approfondito, "attualmente e verosimilmente da maggio 2014 un episodio depressivo di grado lieve (F 32.10)", precisando che l'assicurata da marzo 2013 a marzo 2014 aveva manifestato un episodio depressivo medio grave che comportava allora una riduzione della capacità lavorativa almeno del 70% (doc. 50 pag. 10), attestando quindi un miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa.

E. 9.4

Con il ricorso (doc. TAF 1, allegati) sono stati prodotti due referti della psichiatra Dott.ssa G._____ (così come un rapporto del Dott. C._____ del 3 gennaio 2014, già ad atti, doc. inc. CM 14 e del 25 novembre 2013). Nel primo referto del 13 ottobre 2014, la Dott.ssa

G._____ conferma la diagnosi di episodio depressivo maggiore; nel secondo del 25 novembre 2014 segnala che, dalla consultazione della documentazione clinica, si evince che il disturbo depressivo ha assunto nel tempo un andamento cronico tanto da rendere ipotizzabile una diagnosi di distimia. Con l'ultimo rapporto, infine, datato 2 aprile 2015 (allegato al doc. TAF 12), la diagnosi volge in sindrome affettiva persistente nello specifico in una distimia (F 34.1). Dal referto emerge tuttavia un miglioramento.

E. 10.1

Per quanto riguarda le conseguenze del danno alla salute sulla capacità lavorativa, il parere dei due specialisti italiani che fungono o hanno funto da medico curante - Dott.ri C._____ e G._____ - diverge da quello del perito incaricato dall'AI (Dott. E._____) perlomeno per il periodo a far tempo da maggio 2014, in cui quest'ultimo attesta un chiaro miglioramento. Il secondo rapporto del Dott. B._____, redatto precedentemente e meglio nel marzo 2014, contiene invece due possibili scenari futuri, uno più negativo (in caso di presa a carico insufficiente) e l'altro positivo (in seguito al possibile effetto benefico del nuovo dosaggio farmacologico). Poiché le conseguenze del danno alla salute sulla capacità lavorativa costituiscono peraltro la principale materia del contendere, vanno esaminati tutti gli atti medici d'istruttoria e di ricorso e vanno tratte le deduzioni più convincenti per questo collegio giudicante.

E. 10.1.1

Ora, è in primo luogo fuori di dubbio che, già a partire da un mese dopo il licenziamento, avvenuto con comunicazione del 28 febbraio 2013 ed avente effetto dal 30 aprile 2013 (doc. 22 pag. 10), la ricorrente ha manifestato una grave e protratta depressione. Il Dott. B._____, nel rapporto del 12 giugno 2013 (doc. inc. CM 8) descrive una situazione con importante sintomatologia depressiva con abbattimento, anedonia, sentimenti d'ingiustizia, sentimenti di imminente rovina e catastrofe; notevole ansietà con apprensione, disturbi neurovegetativi, somatizzazioni ansiose, nonché turbe disforiche (labilità emozionale, pianto, ecc.), tendenza all'isolamento. Egli giustifica una piena incapacità lavorativa che potrebbe prolungarsi per molti mesi, senza potenziamento della presa a carico. In caso di rapido consistente intervento specialistico e accessoriamente reintegrativo è per contro lecito prevedere un completo ricupero della capacità lavorativa entro tre, massimo sei mesi. Nove mesi dopo, il 14 marzo 2014 (rapporto del 19 marzo, inc. CM 17), la situazione non sembra tuttavia migliorata. Ad un anno dal licenziamento il Dott. B._____, ha riferito la presenza di un'evidente sintomatologia depressiva caratterizzata dalle manifestazioni già sopra descritte. Il medico ha tuttavia dichiarato che la paziente da circa due settimane ha raddoppiato la presa quotidiana di Efexor ER (da 75 a 150 mg die) e che tale modifica potrebbe portare ad un miglioramento clinico nel corso delle settimane successive con effetto favorevole sul tono dell'umore, sulla forza di volontà e sulla reattività (inc. CM doc. 17 pag. 3). Egli ha tuttavia pure attestato che l'incapacità lavorativa rimaneva giustificata e la stessa si sarebbe prolungata in tutti i casi per i prossimi tre/sei mesi con elevato rischio di ulteriore prolungamento o di definitiva perdita delle capacità di lavoro.

E. 10.1.2

Ora, i pareri valutativi del Dott. B._____, svolti secondo le regole attualmente in vigore in materia di perizie mediche e trascritti in modo motivato ed esauriente, sono supportati dai rapporti del Dott. C._____, specialista curante della paziente che già aveva redatto i rapporti del 29 maggio, 13 agosto, 25 novembre 2013, 3 gennaio e 11 marzo 2014. Questo

psichiatra, dirigente del centro psicosociale di V. _____ (Ospedale universitario sede di Z. _____) ha costantemente redatto referti che attestano una sintomatologia depressiva (episodio depressivo maggiore) insorta in seguito alla perdita del posto di lavoro e con l'isolamento della paziente quando questa ha dovuto trasferirsi in un monolocale, accentuando la situazione di solitudine. Leggendo i vari rapporti sin da maggio 2013, emerge che le condizioni di salute della paziente hanno dato soltanto leggeri segni di miglioramento in gennaio 2014 (doc. 34 pag. 2), ma che sono rimaste sostanzialmente invariate (cfr. rapporto dell'11 marzo 2014, doc. 16 pag. 1), e in presumibile via di cronicizzazione, come ventilato anche dal Dott. B. _____.

E. 10.1.3

Del resto pure il Dott. E. _____ ha dichiarato che "sicuramente almeno fino alla perizia del Dott. B. _____ del marzo 2014, quindi a partire dall'aprile 2013, l'assicurata ha vissuto in una condizione di profondo ritiro ed erano soddisfatti i criteri per porre la diagnosi di un episodio depressivo di media gravità, anche se verosimilmente reattivo al licenziamento e all'incapacità di elaborare tale avvenimento" (doc. 50 pag. 9). Per questo periodo pure il Dott. E. _____, anche se in misura leggermente inferiore, ha ritenuto giustificata una riduzione della capacità lavorativa da marzo 2013 a marzo 2014 di almeno il 70% (doc. 50 pag. 10).

E. 10.2

Da quanto sopra esposto emerge pertanto che, almeno fino ad aprile 2014, i pareri dei periti interpellati per quanto concerne l'incapacità lavorativa residua dell'assicurata in ogni attività (pari almeno al 70%) concordano. In simili condizioni non si può certo confermare la decisione dell'UAIE che ha assegnato all'assicurata da aprile ad agosto 2014 soltanto un quarto di rendita. L'interessata ha infatti diritto ad una rendita intera essendo l'incapacità lavorativa superiore al 70% in ogni attività e quindi anche l'incapacità di guadagno. Su questo punto il ricorso va pertanto accolto e la decisione impugnata riformata in tal senso.

E. 11.1

Per quanto riguarda il periodo da maggio 2014 il Dott. E. _____, nella perizia redatta nel mese di agosto 2014, ha attestato che "l'assicurata stessa riconosce che attualmente e da qualche mese, non si trova più nella suddetta situazione (citata al considerando 10.1.3), anche se riferisce di non aver ancora raggiunto il funzionamento precedente; questo anche perché solo dopo l'inizio del 2014 assume regolarmente la terapia prescritta, mentre in precedenza non era regolare nell'assunzione soprattutto della terapia antidepressiva" (doc. 50 pag. 9). Il perito ha inoltre precisato che: "Permangono deflessione del timismo, tensione interiore, sentimenti di insicurezza ed idee di impoverimento ma non sono presenti profonda abulia o anedonia ed ha comunque ripreso ad avere un'autonomia personale pressoché completa ed avere contatti sociali sovrapponibili a prima dell'esordio dell'episodio depressivo. Al momento pertanto sono soddisfatti i criteri per porre la diagnosi di un episodio depressivo lieve secondo l'ICD 10. Certamente l'evento scatenante appare chiaramente identificabile nel licenziamento improvviso e verosimilmente, nella storia dell'assicurata, la perdita del lavoro ha assunto un improvviso significato particolarmente negativo, dal momento che proprio nel lavoro aveva riposto significati e funzioni molto superiori a quanto una persona faccia. Questo spiega come, da una normale reazione acuta da stress si sia passati abbastanza rapidamente ad un episodio depressivo anche se mi sembra di dover affermare che attualmente, rispetto alla presenza di sintomi depressivi, vi

sia un netto miglioramento come già aveva iniziato ad esplicitare anche il Dott. C. _____ nel suo rapporto del novembre 2013 e anche nei successivi in cui tende, quantomeno per il criterio temporale, a porre la diagnosi di distimia. Tale diagnosi non mi sembra tuttavia corretta dal momento che la sintomatologia presentata appare invece aver soddisfatto in passato i criteri per un episodio depressivo maggiore di grado medio grave anche se, attualmente, l'intensità della sintomatologia appare lieve. Vera è la tendenziale cronicizzazione anche se, a mio avviso, al momento l'influsso sulla capacità lavorativa appare ridotto, e soprattutto ritengo che, pur rimanendo una certa diminuzione della flessibilità dovuta alla patologia psichiatrica, si potrebbe avere anche un ulteriore miglioramento da un aiuto al reinserimento al lavoro." Alla luce di queste conclusioni l'esperto incaricato dall'amministrazione ha pertanto dichiarato che "attualmente e verosimilmente da maggio 2014 la capacità lavorativa è limitata solo nella misura del 35% in ogni attività (tempo ridotto, rendimento pieno, doc. 50 pag. 10).

E. 11.2

Da quanto appena esposto emerge che, alcuni mesi dopo le visite dei Dott.ri B. _____ e C. _____ (interventive nel marzo 2014 e maggio 2014), più precisamente nell'agosto 2014, il Dott. E. _____, esprime sia una diagnosi che una valutazione diverse, attestando un miglioramento sia dello stato di salute che della capacità lavorativa verosimilmente a far tempo da maggio 2014, in ogni caso dalla redazione della perizia.

E. 11.2.1

Questa Corte può aderire a questa opinione per quanto concerne il miglioramento dello stato di salute, non tuttavia per quanto riguarda la venuta in essere dello stesso. In primo luogo va rilevato che la perizia adempie le condizioni giurisprudenziali relative alla qualità dei rapporti medici, apparendo le considerazioni e valutazioni dell'esperto approfondite, ben motivate e conclusive e pertanto convincenti. Egli ha spiegato, infatti, in modo esauriente in che cosa consiste l'asserito miglioramento dello stato psichico della paziente a far tempo perlomeno da agosto 2014, condizione essenziale per poter applicare, per analogia, le regole sulla revisione. In particolare il perito ha accertato una ripresa pressoché completa dell'autonomia personale e dei contatti sociali sovrapponibili a quelli precedenti l'episodio depressivo, malgrado una certa cronicizzazione (doc. 50 pag. 9, anche pag. 7/8). Del resto nessun documento medico agli atti mette seriamente in discussione le conclusioni peritali del CPAS, ma anzi esse confermano a posteriori una delle ipotesi formulate nel mese di marzo dal Dott. B. _____ in relazione alle conseguenze - positive - che l'incrementata cura farmacologica avrebbe potuto provocare. Infatti se da un lato il secondo rapporto del marzo 2014 (Dott. B. _____) prevedeva un'incapacità lavorativa della durata di ancora circa tre/sei mesi (quindi all'incirca fino ad agosto 2014), seppur con rischio di prolungamento, dall'altro, alla luce del raddoppio della presa quotidiana di Efexor ER, riteneva possibile - come poi concretamente verificatosi - un miglioramento dello stato di salute con effetto su umore, forza di volontà e reattività. Del resto dagli atti emerge che segni di miglioramento seppur lievi erano già stati attestati dal curante nel gennaio 2014 (rapporto del 3 gennaio 2014 allegato al doc. TAF 1 e doc. 45 pag. 2).

E. 11.2.2

Che i miglioramenti siano tuttavia già intervenuti a far tempo da maggio 2014, come indicato dal Dott. E. _____, e non soltanto da agosto dello stesso anno, come da egli stesso accertato, appare invece poco verosimile ritenuto che il raddoppio della posologia del

medicamento è stato introdotto soltanto nel mese di marzo e che il 13 maggio 2014 il medico curante sembra ancora attestare che l'iniziale miglioramento (presumibilmente di gennaio, rapporto del 3 gennaio 2014 allegato al doc. TAF 1 e doc. 45 pag. 2) non risultava stabile. In simili condizioni non può essere considerato provato con il grado della verosimiglianza valido nelle assicurazioni sociali che il miglioramento è intervenuto già in maggio, bensì soltanto dalla data dell'esperimento della perizia, segnatamente da agosto 2014, circostanza che ha del resto potuto essere verificata personalmente dal perito.

E. 11.3

Infine va ancora rilevato che la documentazione prodotta agli atti dalla ricorrente, segnatamente i rapporti medici della Dott.ssa G._____, e del Dott.ssa C._____, non mettono in discussione l'attendibilità della perizia. In primo luogo va evidenziato che i rapporti medici del Dott. C._____ appaiono approfonditi solo ad una lettura superficiale. Un esame più attento permette di rilevare che il testo viene di volta in volta solo leggermente modificato e riporta pertanto per la maggior parte dei dati divenuti obsoleti. Altresì non compare in nessun caso il grado di incapacità lavorativa. La Dott.ssa G._____ dal canto suo riprende integralmente quanto già attestato dal Dott. C._____, aggiungendo semplicemente il grado di incapacità lavorativa (rapporto del 13 ottobre 2014 e del 25 novembre 2014, allegati al doc. TAF 1), tra l'altro immediatamente dopo la notifica del progetto di decisione, mentre il rapporto del 2 aprile 2015 (rapporto allegato al doc. TAF 12) attesta un chiaro miglioramento dello stato di salute. Dal rapporto emerge in particolare che: "Le ultime verbalizzazioni della signora A._____ permettono comunque di intravedere un miglioramento della capacità di futurizzazione, con l'affiorare di una spinta immaginativa riguardante un possibile reinserimento nel mondo del lavoro. Tuttavia, al momento la paziente non riuscirebbe ad inserirsi in autonomia nel mercato del lavoro e necessiterebbe a mio avviso di un intervento di reintegrazione professionale in una mansione protetta che tenga conto delle limitazioni derivanti dalla patologia affettiva cronica, dalla fragilità emotiva di fondo e dall'età della stessa" L'interessata ha inoltre smesso di frequentare i colloqui psicologici.

E. 11.4

Alla luce delle precedenti considerazioni si può pertanto pretendere che l'assicurata riprenda un'attività lucrativa semplice, al 65%, come preteso dal Dott. E._____ tre mesi dopo l'intervenuto miglioramento e meglio dal 1° novembre 2014. La decisione impugnata viene pertanto riformata anche in questo senso. L'assicurata ha pertanto diritto ad una rendita intera di invalidità da aprile a tutto ottobre 2014.

E. 12.1.1

Per l'art. 8 LAI gli assicurati invalidi o minacciati da un'invalidità (art. 8 LPGA) hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto: a. essi siano necessari ed idonei per ripristinare conservare o migliorare la loro capacità di guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete; b. le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute. I provvedimenti d'integrazione sono: a. i provvedimenti sanitari; abis. I provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale; b. i provvedimenti professionali (orientamento, prima formazione professionale, riformazione professionale, collocamento, aiuto in capitale); c. (...) e d. la consegna di mezzi ausiliari. Secondo l'art. 28 LAI l'integrazione ha la priorità sulla rendita, la cui assegnazione entra in linea di conto solo se i provvedimenti integrativi non sono attuabili. Nell'ambito di una

domanda di rendita, così come nell'ambito di una revisione, l'amministrazione deve quindi dapprima accertare d'ufficio la questione dell'integrazione dell'assicurato nel circuito economico (DTF 126 V 243 consid. 5; 121 V 190).

E. 12.1.2

Va altresì evidenziato che prima di ridurre o sopprimere la rendita di invalidità l'amministrazione deve esaminare se la capacità lavorativa, di cui l'assicurato dispone da un punto di vista medico teorico corrisponde, praticamente, ad un miglioramento della capacità di guadagno e quindi si traduce in una riduzione del grado di invalidità o se invece è necessario porre in atto preventivamente delle misure d'osservazione professionale (al fine di stabilire l'attitudine al lavoro, la resistenza allo sforzo, ecc.) rispettivamente di reintegrazione professionale ai sensi di legge. Secondo la giurisprudenza infatti in determinate situazioni si deve ammettere la necessità di porre in atto provvedimenti professionali, malgrado l'esistenza di una capacità lavorativa medico teorica. Si tratta in particolare dei casi in cui la riduzione o la soppressione del diritto alla rendita tramite revisione (art. 17 LPGGA) o riesame (art. 53 cpv. 2 LPGGA) riguarda assicurati che hanno compiuto 55 anni o hanno beneficiato di una rendita per almeno quindici anni. Ciò non significa che, nell'ambito di una procedura di revisione o di riesame, questa categoria di assicurati possa prevalersi di un diritto acquisito. Si ammette soltanto che un reinserimento professionale, senza sostegno, non può, salvo eccezioni, essere preteso a causa dell'età o della durata del versamento della rendita (sentenze del TF 9C_920/2013 consid. 4.4 del 20 maggio 2014, SVR 2011 IV no 73 pag. 220 consid. 3.3 e 3.5, sentenze del TF 9C_367/2011 consid. 3.2 e 3.3 del 10 agosto 2011).

E. 12.2.1

In concreto l'assicurata, nata nel settembre 1958, al momento della pronuncia della decisione impugnata aveva più di 56 anni. Alla luce della giurisprudenza suesposta quindi, prima di procedere alla soppressione della rendita, andava accertato, da parte dell'UAIE, se una reintegrazione professionale era ammissibile o meno in concreto, non potendo un reinserimento professionale, senza sostegno, essere in concreto preteso a causa dell'età e, secondo i rapporti medici, anche a causa della patologia di cui (ancora) soffre.

E. 12.2.2

Del resto da numerosi rapporti medici emerge la necessità di verificare e valutare l'esigibilità per la ricorrente di svolgere attività confacenti, mediante provvedimenti d'integrazione professionale (cfr. per esempio, rapporto del Dott. B._____ del 12 giugno 2013, doc. inc. CM 8, sezione prognosi; rapporto del Dott. B._____ del 19 marzo 2014, doc. inc. CM 17, ove il sanitario constata la non entrata in materia di misure professionali da parte dell'AI, pag. 3 e 4; rapporto del Dott. E._____ del 5 agosto 2014, doc. 50, pag. 10; rapporto della Dott.ssa G._____ del 2 aprile 2015, doc. TAF 12). In proposito il perito Dott. E._____ ha precisato che (doc. 50 pag. 10): " Ritengo siano auspicabili, oltretutto medicalmente indicati, interventi di integrazione professionale. Da sola, l'assicurata al momento non riuscirebbe a reinserirsi nel libero mercato del lavoro, sia per la patologia che per motivi di età e necessiterebbe di un reinserimento graduale ed un riallenamento al lavoro o, eventualmente, di un reinserimento a titolo di prova. Questo le permetterebbe di riprendere anche un ritmo della giornata e la riacquisizione di un ruolo che non potrebbero che avere un effetto benefico anche sul disturbo. Tale intervento di reintegrazione avrebbe a mio avviso buone probabilità di andare a buon fine essendo assenti, al momento, pregiudizi

o disabilità imponenti dovuti alla patologia. Ovviamente appare indicata la prosecuzione del trattamento in atto così come l'adesione allo stesso che, almeno per quanto riguarda il piano psicofarmacologico, appare buona solo da qualche mese e con evidenti risultati positivi. Ritengo, visti anche i risultati al test Trail Making, che sarebbe preferibile impiegarla in mansione semplice e ripetitiva e non in un lavoro di precisione". Ciononostante, nel rapporto CIP del 15 settembre 2014 (doc. 54) si indica in modo apodittico, dopo aver semplicemente riportato in modo blando ed impreciso le attività che l'interessata potrebbe ancora svolgere, senza alcun commento critico, "nessun diritto a rendita né a provvedimenti professionali". Ciò è in netto contrasto con quanto auspicato dai medici suddetti e preteso dalla giurisprudenza federale. Anche da questo punto di vista la decisione viola pertanto il diritto federale. In simili circostanze la rendita di invalidità dell'assicurata non avrebbe potuto essere soppressa, non essendo stata verificata la possibilità di realizzare concretamente l'abilità lavorativa residua. Anche su questo punto quindi il ricorso va accolto e l'incanto rinviato all'amministrazione per procedere in tal senso.

E. 13

Censurabile infine è il calcolo comparativo dei redditi. Eseguendo tale calcolo (doc. 52), riportato in parte nella decisione impugnata, si afferma anche in questo caso apoditticamente, che senza l'invalidità l'interessata avrebbe potuto guadagnare, nel 2012, fr. 29'113.-, ma poi si scrive, nella decisione, che con l'invalidità (35% inteso come incapacità di lavoro) e svolte le opportune riduzioni per motivi personali (5%) l'assicurata potrebbe raggiungere un reddito sensibilmente superiore, ossia fr. 33'225.-, il che comporta un tasso d'invalidità nullo per il periodo posteriore al maggio 2014 (con effetto 31 agosto 2014 per le disposizioni dell'art. 88a cpv. 1 OAI sopra ricordato, recte 30 ottobre 2014 in seguito alla presente sentenza). Se non altro, la destinataria della decisione, potrebbe perlomeno rimanere perplessa prendendo atto che con il sopraggiungere dell'incapacità al lavoro, pur valutata al 35% come da parere del Dott. E. _____, potrebbe in ogni modo realizzare un reddito superiore a quello realizzato quando non era invalida. L'amministrazione, in questi casi, dovrebbe perlomeno spiegare per quale motivo giunge a questo singolare risultato. Nella specie, l'autorità inferiore ha emesso una decisione manifestamente immotivata ed incomprensibile per quanto riguarda il calcolo dell'incapacità di guadagno, omettendo, per esempio, di indicare la circostanza di non aver applicato i principi del parallelismo dei redditi (cosiddetto GAP salariale). Infatti, se si prendono i dati del 2012 (come applicato dall'autorità inferiore) viene indicato un salario precedente l'invalidità di fr. 29'113.-. Ora, in base alle statistiche, in Svizzera, per un'operaia senza qualifiche speciali del settore elettronico questo salario annuale ammonta a fr. 56'671.- (fr. 4'574.- al mese x 12, tenendo conto poi di un orario settimanale del settore di 41,3 ore; cfr. tabelle edite dall'Ufficio federale di statistica, reddito mensile lordo 2012, categoria 1, attività semplici e ripetitive, settore elettronica, donne; tabelle della durata normale di lavoro secondo le categorie, 2012, settore manifatturiero). L'interessata, nel 2012, guadagnava pertanto il 48,6% in meno rispetto alla media statistica delle operaie della stessa categoria in Svizzera nello stesso anno. Senza entrare nel merito della regolamentazione riguardante il parallelismo dei redditi, va rilevato che la decisione impugnata è silente in tal senso, come pure l'istruttoria (salvo un breve ed incomprensibile accenno al doc. 52-2). L'UAI cantonale avrebbe dovuto da un lato adeguare i valori considerati al 2014, anno in cui è sorto il diritto alla rendita e dall'altro chinarsi su tali regole, effettuare un'eventuale inchiesta personale presso l'assicurata e motivare l'eventuale rifiuto d'applicazione di tale principio giurisprudenziale (per la giurisprudenza sul parallelismo si confronti: DTF 135 V 297 consid. 6.2, 135 V 58,

134 V 322 consid. 4.1, 5.2, 6.1 e 6.2, sentenze del TF 9C_310/2009 del 14 aprile 2010 consid. 4.1.1, 9C_112/2012 consid. 4.2 e seg., 9C_520/2012 consid. 4.2, 8C_678/2011 consid. 6.3, 9C_1007/2010 consid. 3.2, 9C_205/2011 consid. 8.4, 9C_409/2009 consid. 3.3). In ogni caso tale procedimento non sarebbe stato di per se neppure necessario, ritenuto che l'assicurata è in ogni caso inabile al lavoro al 35% nella precedente attività e in attività semplici e ripetitive analoghe a quelle precedentemente svolte e che pertanto il grado di invalidità corrisponderebbe al grado di inabilità lavorativa.

E. 14

In conclusione l'assicurata ha pertanto diritto ad una rendita intera di invalidità da aprile 2014 a ottobre 2014 in quanto inabile al lavoro oltre il 70% in qualsiasi attività. Per il periodo successivo la rendita potrà essere soppressa unicamente dopo verifica da parte dell'UAI, e tramite il suo sostegno attivo, che l'assicurata è in grado di realizzare la propria capacità lavorativa residua. In caso contrario l'assicurata potrà avvalersi di un diritto alla rendita anche da novembre 2014.

E. 15.1

Visto l'esito della procedura non vengono prelevate spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria formulata dalla ricorrente in sede ricorsuale diviene così priva d'oggetto.

E. 15.2

Si giustifica altresì per gli stessi motivi l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili, essendo l'assicurato patrocinato in causa (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). L'importo, in assenza di una nota dettagliata, è fissato d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'500.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

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