

BVGer C-926/2016 vom 12. Juli 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-07-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-926_2016

FR: TAF C-926/2016 du 12 juillet 2018

IT: TAF C-926/2016 del 12 luglio 2018

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 impugnate 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, a cui rinvia l'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

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). L'anticipo delle spese processuali è stato inoltre tempestivamente saldato (doc. TAF 4).

E. 2.1.1

Dal profilo temporale si applicano 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 le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto 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

Contestata in concreto è da un lato la mancata assegnazione di una mezza, rispettivamente di un quarto di rendita intera di invalidità dopo il 31 maggio 2009, e dall'altro il mancato riconoscimento del diritto a una mezza o a un quarto di rendita AI per il periodo compresi

fra il 1° gennaio 2005 e il 31 gennaio 2009. Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 5a revisione della LAI (cf. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore), ritenuto che per il secondo periodo contestato il diritto alla rendita potrebbe sorgere dal 1° giugno 2009. Entrano in linea di conto inoltre le successive modifiche, in particolare la sesta revisione della LAI del 2012 ritenuto che la decisione è stata emessa il 4 gennaio 2016.

E. 2.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 4 gennaio 2016. 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 136 V 24 consid. 4.3). 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, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

E. 3.2

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

E. 3.3

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel

regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

E. 3.4

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 4.1

Giusta l'art. 36 cpv. 1 LAI, nella versione del 1° gennaio 2001 - ossia quella in vigore al momento della nascita del diritto alle prestazioni AI in favore della ricorrente (art. 28 cpv. 1 LAI) - per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: - essere invalido ai sensi della legge svizzera; - aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno.

E. 4.2

Secondo l'art. 29 cpv. 1 LAVS, applicabile per rimando dell'art. 36 cpv. 2 LAI, possono pretendere una rendita ordinaria di vecchiaia tutti gli aventi diritto ai quali possono essere computati almeno un anno intero di reddito, di accrediti per compiti educativi o assistenziali. Giusta l'art. 29sexies cpv. 1 LAVS, un accredito per compiti educativi è computato agli assicurati per gli anni durante i quali essi esercitano un'autorità parentale su uno o più fanciulli che non hanno ancora compiuto i sedici anni. Gli accrediti per compiti educativi sono attribuiti a partire dall'anno che segue la nascita del primo figlio e terminano al più tardi alla fine dell'anno in cui l'ultimo figlio raggiunge i sedici anni; essi sono sempre attribuiti per l'intero anno civile (art. 52f cpv. 1 OAVS).

E. 4.3

Nel caso concreto, gli otto mesi di contributi paritetici pagati all'AVS di cui può prevalersi la ricorrente (cfr. consid. A), non sarebbero di principio sufficienti per soddisfare la condizione della durata minima di un anno di contribuzione prevista dall'art. 36 cpv. 1 LAI. Ad ogni modo, considerato che nell'anno di riferimento l'assicurata aveva una figlia di età inferiore ai sedici anni e che in virtù dell'art. 29 cpv. 1 LAVS la condizione della durata minima di un anno di contribuzione può essere adempiuta computando anche gli accrediti per compiti educativi, occorre riconoscere che all'insorgere dell'invalidità la condizione della durata minima di contribuzione era senz'altro adempiuta (cfr. anche doc. 78).

E. 5.1

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. 5.2

L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

E. 5.3

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. 2 LAI; si confronti anche art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

E. 5.4

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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA 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.

E. 5.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009).

E. 5.6

La nozione di invalidità in ambito AI coincide con quella vigente in ambito LAINF e nell'assicurazione militare (art. 16 LPGGA; DTF 127 V 129 consid. 4d; 133 V 549 consid. 6). Se il danno alla salute è il medesimo, la valutazione dell'invalidità in ambito AI, LAINF e assicurazione militare dovrebbe condurre al medesimo grado di invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; 126 V 288 consid. 2a con rinvii). Un assicuratore non è tuttavia vincolato ad una decisione emessa da un altro ente per esempio nel caso in cui il grado di invalidità risulta da un accordo intercorso tra le parti (DTF 127 V 129 consid. 4d; 126 V 288 consid. 2a) rispettivamente si fonda su un errore di diritto (DTF 126 V 288 consid. 2a).

E. 6.1

Secondo l'art. 17 LPGGA 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. 6.2

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. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

E. 7.1

In caso d'assegnazione retroattiva di una rendita scalare la data di modifica del diritto deve essere stabilita conformemente all'art. 88a OAI (RS 831.201; sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti). Inoltre, il termine di attesa di tre mesi dell'art. 88a OAI non può iniziare a decorrere prima della nascita del diritto ad una rendita (cfr. sentenza del TF 9C_110/2014 del 13 giugno 2014).

E. 7.2

Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione sia accordata con effetto retroattivo - ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta - esiste un'unica relazione giuridica. Ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

E. 8.1

Al fine 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. 8.2

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. 8.3

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 conclusione. 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. 8.4

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 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. 8.5

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 limitata nel tempo - 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. 8.6

L'avviso dei medici curanti va considerato con la necessaria prudenza, tendendo a pronunciarsi in favore del paziente a dipendenza del legame particolare (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

E. 8.7

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 si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002).

E. 9.1

Oggetti impugnati sono da un lato la decisione, mediante la quale è stata accordata una mezza rendita d'invalidità dal 1° dicembre 2001 al 31 agosto 2002, una rendita intera dal 1° settembre 2002 al 31 aprile 2004 (si confrontino le motivazioni a pag. 1184 del doc. 264) rispettivamente dal 1° luglio al 31 dicembre 2004 e dall'altro la decisione con cui è stata assegnata una rendita intera dal 1° febbraio al 31 maggio 2009 (doc. 264 pag. 1175 e 1186). La ricorrente contesta tuttavia soltanto la mancata assegnazione - in ragione del graduale miglioramento dello stato di salute intervenuto dal 2 settembre 2004 rispettivamente dal 22 febbraio 2009, che ha indotto l'autorità inferiore a ritenere l'insorgente interamente abile al lavoro in un'attività adeguata, rispettivamente abile sull'arco di un'intera giornata ma con rendimento ridotto all'80% nell'attività di infermiera indipendente - di rendita (mezza o ¼) fra il 1° gennaio 2005 e il 31 gennaio 2009, nonché dal 1° giugno 2009. Concretamente la ricorrente censura in primo luogo la possibilità di mettere a frutto la propria residua capacità lavorativa nell'attività di infermiera indipendente nella misura dell'80% indicata dall'UAIE, dal momento che le limitazioni riscontrate non le permetterebbero di adempiere né l'usuale mansionario di tale professione, né i requisiti posti per l'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio di un'attività sanitaria in B._____. Fondandosi sul rapporto del 18 dicembre 2016 del dr. M._____, essa ha messo in dubbio la validità delle più recenti valutazioni del SAM, sostenendo che i periti incaricati non hanno svolto esami sufficientemente approfonditi in relazione ai limiti funzionali - ad esempio mediante un test di simulazione professionale - e agli impedimenti presentati dall'assicurata nello svolgere l'attività di infermiera indipendente. In secondo luogo l'insorgente critica la valutazione del discapito economico, contestando l'ipotetico reddito da invalida ritenuto dall'amministrazione e chiedendo inoltre, in corso di causa, l'applicazione del metodo straordinario per calcolare l'invalidità.

E. 9.2

Dal canto suo l'amministrazione, ritiene gli accertamenti esperiti in sede di istruttoria completi e conclusivi e ha confermato la bontà della valutazione economica eseguita ritenendo esigibile l'attività di infermiera indipendente.

E. 10.1

A fronte delle molteplici - e a tratti ridondanti e ripetitive - critiche mosse dal rappresentante della ricorrente in merito agli accertamenti medici raccolti dall'autorità inferiore (cfr. doc. TAF 1, 28, 35, 56, 59), occorre in prima battuta esaminare se lo stato di salute dell'assicurata (e la sua evoluzione) è stato correttamente indagato.

E. 10.2

In seguito andrà valutata la capacità lavorativa residua e l'attività lavorativa in cui questa possa essere ragionevolmente messa a frutto, esaminando in particolare, alla luce della documentazione versata agli atti e delle ripetute contestazioni dell'insorgente (cfr. doc. TAF 1, 19, 28, 35), se l'attività di infermiera indipendente possa considerarsi esigibile o meno e se del caso in che misura.

E. 10.3

In ultimo occorrerà verificare la correttezza del grado di invalidità sull'arco dell'intero periodo decorrente dall'infortunio del dicembre 2000 (pur essendo contestato soltanto il periodo dal 1° gennaio 2005).

E. 11.1

Per valutare il danno alla salute conseguente all'infortunio del 23 dicembre 2000, l'autorità inferiore aveva da un lato assunto agli atti gli accertamenti clinici e strumentali risultanti dalla procedura LAINF, fra i quali i rapporti del dr. F._____ (del 21 giugno 2001 e del 17 gennaio 2002 [doc. 1 inc. LAINF], del 23 ottobre 2003 [doc. 4 inc. LAINF], del 3 febbraio 2004 [doc. 5 inc. LAINF], del 16 dicembre 2004 [doc. 8 inc. LAINF], del 5 luglio 2005 [doc. 10 inc. LAINF]), perito assicurativo della D._____ e quelli del dr. N._____ (del 6 e del 25 maggio, del 6 luglio, del 6 agosto, del 27 settembre 2004 [doc. 7 inc. LAINF]), medico operante nell'ambito dell'intervento al polso sinistro.

E. 11.2

Tali atti medici sono stati sottoposti al SAM. Le valutazioni specialistiche nelle differenti discipline sono quindi confluite nel rapporto del 20 agosto 2007 a cura della dr.ssa I._____ e della dr.ssa O._____, anch'essa specialista in medicina interna (doc. 66).

E. 11.2.1

Nell'ambito della valutazione globale, sono state quindi poste le seguente diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. 66, p. 18): - Dolori al polso sinistro e lungo il tendine dell'estensore del pollice, in: o Status dopo artroscopia il 6 luglio 2004, con sinovialectomia del compartimento ulnare; o Ulteriore sinovietomia a cielo aperto del compartimento compartimento radiale, con asportazione della parte centrale della capsula articolare. - Gonalgia a livello del ginocchio destro, in: o Status dopo artroscopia diagnostica e plastica a mosaico con autotrapianto di cartilagine al condilo femorale mediale il 13 giugno 2002 per esiti di condrite dissecante e stato dopo meniscectomia parziale mediale il 20 settembre 2001. - Gonalgia a livello del ginocchio sinistro su alterazioni degenerative del corno posteriore del tratto intermedio del menisco mediale il 20 settembre 2001. Sono state inoltre elencate un certo numero di diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa (doc. 66, p.19).

E. 11.2.2.1

Nel rapporto del 21 giugno 2007, la dr.ssa P._____, specialista in oftalmologia, aveva ritenuto che dal punto di vista strettamente oftalmologico l'assicurata presentasse un'acuità visiva perfetta ed un campo visivo nel limite della norma e che le problematiche di lieve miopia, astigmatismo miopico bilaterale, lieve distruzione del corpo vitreo bilaterale non avessero alcun influsso sull'abilità lavorativa dell'interessata.

E. 11.2.2.2

Dal canto suo la dr.ssa Q._____, specialista in psichiatria, nel rapporto del 7 luglio 2007, pur ritenendo giustificata un'inabilità lavorativa del 50% fino al 31 dicembre 2003, per motivi psichiatrici - in ragione del presunto disturbo post-traumatico da stress - ha successivamente considerato l'interessata in grado di svolgere al 100% tutte le attività teoricamente esigibili, precisando che le problematiche fisiche non assumevano i connotati di un disturbo somatoforme da dolore permanente.

E. 11.2.2.3

Nel rapporto 27 luglio 2007, infine, il dr. R. _____, specialista in reumatologia, ha ritenuto sussistere una discrepanza fra i vari disturbi segnalati dall'interessata - segnatamente al rachide cervicale e lombare, al ginocchio sinistro e destro, al piede destro e al polso sinistro - ed i reperti oggettivi sia clinici che radiologici versati agli atti. Nonostante ciò egli ha comunque ritenuto sussistere delle limitazioni nella mobilità e nella caricabilità del polso sinistro, nonché delle limitazioni ad eseguire attività in posizione eretta (per tempo prolungato) o accovacciata, in ragione delle problematiche alle ginocchia. Egli ha dunque attestato un'incapacità lavorativa del 25% nella precedente attività, da intendere quale riduzione del rendimento, pur considerando ancora interamente esigibile un'attività di infermiera con mansioni più leggere e nel rispetto dei limiti funzionali indicati (ad es. infermiera della salute, addetta all'istruzione dei diabetici, o ancora impiegata nel reparto di otorinolaringoiatria, di oftalmologia, nonché incaricata di lavori tecnici di laboratorio, ecc.). Allo stesso modo egli ha considerato l'interessata interamente abile in attività sostitutive adeguate.

E. 11.2.3

All'interessata è stata riconosciuta un'incapacità lavorativa in qualsivoglia attività nei seguenti periodi: dal 22 dicembre 2000 al 31 marzo 2001 al 100%; dal 1° aprile al 19 settembre 2001 al 50%; dal 20 settembre al 20 ottobre 2001 al 100%; dal 21 ottobre 2001 al 12 giugno 2002 al 50%; dal 13 giugno 2002 al 3 dicembre 2003 al 100%; dal 4 al 31 dicembre 2003 al 50% (doc. 66, p.24). Pur essendo cessati i disturbi legati alla sindrome post-traumatica da stress, alla luce delle ulteriori problematiche diagnosticate a partire dal 1° gennaio 2004 (con la sola eccezione del periodo fra luglio e settembre 2004, in ragione dell'intervento al polso sinistro) la capacità lavorativa medico-teorica dell'interessata nella precedente attività di infermiera dipendente in ospedali e cliniche, è stata valutata in misura del 75%, intesa come attività svolta sull'arco dell'intera giornata, ma con rendimento ridotto del 25% a causa delle pause prolungate (doc. 66, p.24). Un'attività rispettosa dei limiti funzionali - consistenti in una limitazione di estensione e flessione massimale e nell'eseguire movimenti ripetitivi o sotto carico del polso sinistro, nonché una limitazione per attività da eseguire prevalentemente in piedi o accovacciata - è stata per contro ritenuta interamente esigibile (doc. 66, p.25). Nessun impedimento è stato per contro riscontrato nell'attività di casalinga (dc. 66, p. 24).

E. 11.3

Dal rapporto finale del consulente di integrazione professionale del 24 settembre 2008 è quindi emerso che, a partire dal 1° gennaio 2004, l'interessata presentava nella professione di infermiera di ospedale o di cliniche un grado di invalidità del 25% (doc. 80; si confrontino i redditi delle tabelle EOC).

E. 12.1

Nuovamente incaricato di esaminare il caso a seguito dell'evento infortunistico del 22 novembre 2008 (doc. 82, 83), il dr. F. _____, nel rapporto del 12 ottobre 2009, ha riferito che sebbene il nuovo sinistro avesse comportato un peggioramento transitorio dello stato di salute, al momento della visita peritale del 29 aprile 2009, la situazione si era stabilizzata. Egli ha pertanto ritenuto esigibile la ripresa dell'attività di infermiera, nella misura di quattro ore al giorno e nel rispetto dei limiti funzionali descritti.

E. 12.2

Nell'ambito della procedura di ricorso pendente dinnanzi al TAF (inc. n. C-6248/2011), palesandosi una contraddizione in punto alla valutazione dell'abilità lavorativa esposta dal dr. F._____ e quella indicata nella perizia del SAM del 20 agosto 2007 - per altro neppure più attuale a fronte del nuovo evento infortunistico - su indicazione del SMR (annotazione del 4 aprile 2012 - doc. 152) l'UAIE ha proposto il rinvio degli atti al fine di completare l'istruttoria mediante l'assunzione di una nuova perizia pluridisciplinare nelle precedenti specializzazioni atte a definire in modo conclusivo l'evoluzione della capacità lavorativa dal 2004. In ragione della problematica del "ganglio al polso" evocata dal dr. F._____, e del sospetto di mastocitosi, sono state inoltre aggiunte una valutazione specialistica da parte di un chirurgo della mano (doc. 168) e di un allergologo (doc. 180).

E. 13.1

L'amministrazione ha quindi assunto agli atti la perizia pluridisciplinare del 30 dicembre 2013 allestita dalla dr.ssa I._____ e dal dr. L._____ del SAM comprensiva delle relative valutazioni specialistiche (doc. 231, pp.24-25), dalle quali sono emerse le seguenti diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa: - Sindrome panvertebrale con componente spondilogenica cronica bilaterale con/su: o Alterazioni degenerative della cervicale; o Alterazioni degenerative della lombare (discopatia L4-L5, spondilartrosi); o Disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, minima scoliosi sinistroconvessa dorsale, iperlordosi lombare); o Tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli; o Decondizionamento muscolare. - Periartrite omeroscapolare bilaterale calcificata a destra. - Dolori cronici ai polsi bilateralmente con/su: o Pregresso trauma contusivo a sinistra, con lesione del TFCC (complesso triangolare fibrocarilagineo); o Pregressa artroscopia diagnostica al polso sinistro (sinovialectomia del compartimento ulnare, a cielo aperto al compartimento radiale, asportazione della parte centrale della capsula articolare a sinistra il 6 luglio 2004); o Ganglio tenosinoviale al primo comparto estensore a sinistra; o Ganglio artrosinoviale a destra di possibile origine postinfortunistica. - Poliartrosi minima delle dita. - Gonartrosi sintomatica a destra con/su: o Pregressa meniscectomia mediale parziale artroscopica il 20 settembre 2001; o Pregressa plastica a mosaico, trapianto di cartilagine al condio femoromediale il 13 giugno 2002. - Gonartrosi a sinistra Sono state inoltre elencate le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa (doc. 231, p. 25).

E. 13.2.1

Nel rapporto del 25 settembre 2013, il dr. S._____, specialista in chirurgia della mano, passando in rassegna le distinte patologie ha segnalato che la situazione, per quanto concerne gli esiti del duplice intervento chirurgico al polso sinistro, risulta essere stabilizzata dal 2011. Le limitazioni funzionali derivanti da tale problematica determinano, a mente del perito, una riduzione del rendimento professionale nell'attività abituale di infermiera, che a seconda del mansionario e della tipologia di attività, indipendente o dipendente, si attesta ormai fra il 50 e l'80%. A tale conclusione il dr. S._____ è giunto sulla scorta del solo esame clinico, nonostante egli stesso abbia consigliato l'esecuzione di un test di simulazione professionale volto a determinare gli esatti limiti funzionali dell'assicurata nell'attività di infermiera indipendente. Alla luce delle sole problematiche riguardanti le mani, il perito ha infine ritenuto interamente esigibile l'esecuzione di un'attività medio leggera che non implichi l'utilizzo di utensili vibranti, nonché una riduzione del rendimento come casalinga del 20%. Non sono invece state ritenute influenti sulla capacità lavorativa le problematiche di ganglio tenosinoviale al polso sinistro e di ganglio artrosinoviale al polso destro di possibile origine post-traumatica, ritenute

stabilizzate pur essendo ancora percorribile la via chirurgica, in via ambulatoriale e con bassi rischi di complicanze, al fine di sanare tali disturbi e a impedirne la cronicità.

E. 13.2.2

Dal canto suo il dr. T._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto del 26 settembre 2013 ha riferito che pur essendo cosciente delle sue limitazioni, l'assicurata ha mostrato interesse a continuare la propria attività d'infermiera, che da circa due anni ha ripreso a titolo indipendente a Como, anche se in regime ridotto e svolgendo solo minima parte del mansionario di tale professione. Egli ha poi indicato che dal profilo strettamente psichiatrico, l'interessata non presenta alcuna limitazione funzionale, né alcuna incapacità lavorativa.

E. 13.2.3

Alla stessa conclusione è giunto pure il dr. U._____, specialista in dermatologia e malattie a trasmissione sessuale nella perizia allergologica del 14 ottobre 2013, ritenendo l'assicurata interamente abile sia nella professione abituale che in professioni di sostituzione, nella misura in cui non venga esposta ad agenti irritanti o allergizzanti, o ancora a sbalzi improvvisi di temperature.

E. 13.2.4

Nel rapporto del 16 ottobre 2013, il dr. V._____, specialista in neurologia, ha descritto una situazione nella norma dal punto di vista dei nervi cranici, come pure degli arti inferiori, riscontrando una capacità intatta di deambulazione e di mantenimento della posizione eretta. In relazione alla problematica di deficit sensitivo della mano sinistra lamentata dall'assicurata, sulla scorta dei risultati dell'esame ENG del nervo mediano sensitivo e motorio sinistro eseguito il 3 ottobre 2013, ha indicato essere tutto nella norma, escludendo per altro una sindrome del tunnel carpale. Riassumendo, egli ha ritenuto assenti dei segni oggettivi di patologia a carico del sistema nervoso centrale o periferico, come pure di neuropatie periferiche o radicolopatie in sede lombare o cervicale, ritenendo il deficit sensitivo lamentato dall'assicurata piuttosto una problematica di ordine somatoforme, sulla quale tuttavia si è astenuto dal pronunciarsi. In conclusione, confermando quanto già riscontrato in occasione della precedente valutazione neurologica del 23 dicembre 2008 del dr. Z._____ (allegato al doc. 123), il dr. V._____ ha escluso la presenza di anomalie allo stato neurologico.

E. 13.2.5

Nel rapporto del 30 novembre 2013, il dr. Aa._____, specialista in reumatologia, ha confrontato i riscontri delle indagini strumentali condotte nel mese di marzo 2013 alla colonna cervicale e lombare, alle spalle alle ginocchia e alle mani, con le valutazioni in precedenza esposte nel rapporto del 3 luglio 2007 del dr. R._____ e del 12 ottobre 2009 (doc. 66) del dr. F._____ (allegato al doc. 123). Come nel precedente referto reumatologico è stata evidenziata la discrepanza fra i disturbi lamentati dall'interessata e i reperti oggettivi, sia clinici che radiologici. A mente del perito, infatti, i sintomi e le limitazioni funzionali accusati dall'assicurata non trovano una spiegazione completa nelle alterazioni strutturali evidenziate al momento dell'esame clinico. Circostanza di cui, è stato precisato, occorre tenere conto nella valutazione della capacità funzionale e di carico residua che, a mente del perito, risulta essere comunque lievemente peggiorata a seguito dell'infortunio del 22 novembre 2008. Il dr. Aa._____ ha quindi giudicato che a decorrere dal 22 febbraio 2009, ossia tre mesi dopo il nuovo infortunio, l'insorgente possa essere

considerata abile a svolgere un'attività idonea allo stato di salute durante un'intera giornata con rendimento massimo. Nell'attività d'infermiera d'ospedale, per contro, a partire dallo stesso momento la ricorrente è stata ritenuta inabile al 60%, intesa come riduzione del rendimento nell'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore. Ciò posto, il perito ha precisato che laddove l'interessata potesse svolgere l'attività di infermiera in un ambito lavorativo pienamente rispettoso di tutti i limiti funzionali e di carico esposti, essa potrebbe risultare abile al lavoro in misura completa. In risposta alle domande complementari il dr. Aa._____ ha chiarito che l'attività abituale di infermiera d'ospedale o di clinica non è più esigibile dall'assicurata e passando in rassegna le attività generalmente richieste a un'infermiera dipendente e indipendente, ha escluso tutte le attività pesanti contemplate dal mansionario

E. 13.2.6

Nella valutazione globale del caso, i periti hanno confermato le conclusioni illustrate nella perizia pluridisciplinare del 20 agosto 2007 riguardo alla capacità lavorativa dell'assicurata nell'attività abituale come pure in un'attività sostitutiva, per quanto concerne il periodo precedente il secondo infortunio del 22 novembre 2008. Successivamente a tale data, essi hanno per contro riscontrato un peggioramento dello stato di salute a livello reumatologico e di chirurgia della mano, a partire dal 22 novembre 2008 (doc. 231, p. 38). Detto peggioramento ha avuto un sensibile influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata nella precedente attività di infermiera di clinica o di ospedale, che a decorre dal 22 febbraio 2009 - ossia tre mesi dopo il summenzionato sinistro - è risultata essere esigibile unicamente nella misura del 40%, da intendere quale presenza nell'arco dell'intera giornata, ma con rendimento ridotto. A partire dalla stessa data è inoltre stata constatata una riduzione di 1/3 del rendimento nell'attività di casalinga, nonché del 20% in attività di infermiera indipendente (comunque esigibile per l'intera giornata). Per quanto riguarda le attività sostitutive adatte allo stato di salute, come ad esempio l'attività di infermiera in un contesto lavorativo che tenga in debito conto tutti i limiti funzionali e di carico indicati nel referto peritale, l'interessata è stata per contro considerata interamente abile al lavoro non essendoci controindicazioni per dei provvedimenti di riforma/riqualifica professionale.

E. 13.3

Nel rapporto finale SMR del 7 gennaio 2014 (doc. 232), il dr. G._____, ha sostanzialmente fatto proprie le conclusioni peritali, segnalando fra le limitazioni funzionali l'impossibilità di svolgere lavori pesanti (carico massimo senza limitazioni di 5kg) e lavori di precisione, indicando che: "L'assicurata può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, spesso effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, spesso la posizione in piedi ed inclinata in avanti, di rado assumere la posizione inginocchiata, di rado assumere la posizione accovacciata, spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurata può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata. L'assicurata può molto spesso camminare fino a 50 metri, spesso oltre i 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti come pure di rado camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, mai su scale a pioli".

E. 14.1

Le contestazioni mosse dal ricorrente avverso il progetto di decisione del 20 maggio 2014, nonché il referto elettromiografico allestito il 26 febbraio 2014 dal dr. Bb._____,

specialista in neurologia (doc. 251), sono state sottoposte ai periti del SAM, al fine di completare la perizia pluridisciplinare del 30 dicembre 2013 (doc. 231).

E. 14.2.1

Dal punto di vista psichiatrico, il dr. T._____ ha indicato che nulla era cambiato rispetto alla precedente valutazione (rapporto del 15 settembre 2014 - doc. 258).

E. 14.2.2

Dal punto di vista reumatologico, il dr. Aa._____ ha riferito di non riscontrare nella nuova documentazione elementi medici oggettivi suscettibili di modificare la valutazione peritale. Egli ha inoltre preso posizione sulle critiche mosse dal legale dell'insorgente, spiegando e ribadendo le conclusioni a cui era in precedenza giunto riguardo alle diagnosi e alla capacità lavorativa residua (rapporto del 15 settembre 2014 - doc. 258).

E. 14.2.3

Dal punto di vista chirurgico, il dr. S._____ ha respinto nell'ordine le critiche mosse dall'avv. Probst, indicando innanzitutto che la sindrome di tunnel carpale riscontrata nell'assicurata, alla luce dei risultati emersi dal bilancio neurologico del 26 febbraio 2014, debba essere classificata come di grado lieve e senza influsso sull'abilità lavorativa. Egli ha inoltre difeso la completezza della propria valutazione, segnalando che l'assenza dei rapporti operatori del dr. N._____ non ha alcun influsso sulla determinazione del danno alla salute e che i limiti funzionali sono stati oggettivamente misurati. Infine il dr. S._____ ha spiegato di essersi discostato dalla valutazione del dr. F._____, in quanto risalenti a quattro anni prima e non esperte da uno specialista in chirurgia della mano (rapporto del 16 settembre 2014 - doc. 258).

E. 14.2.4

Dal punto di vista neurologico, il dr. V._____ ha ritenuto il referto ENG-EMG del dr. Bb._____ incompleto e inadeguato a esprimersi sull'eventuale presenza di una sofferenza neurogena cronica. Egli ha contestato l'insorgere di una radicolopatia lombare che oltre a non emergere dall'esame clinico neppure risulta dalle indagini RMN eseguite, pur ammettendo che dai valori descritti dal dr. Bb._____ si possa riscontrare la presenza di una sindrome del tunnel carpale molto lieve, che pur creando qualche disturbo non pregiudica la capacità lavorativa. Il dr. V._____ ha infine respinto le critiche dell'avv. Probst, ritenendo sufficientemente accertato dal punto di vista neurologico il caso dell'assicurata e riconfermandosi per intero nelle conclusioni esperte nel precedente rapporto peritale (rapporto del 8 ottobre 2014 - doc. 258).

E. 14.2.5

Dal punto di vista allergologico, il dr. U._____ ha respinto a sua volta le critiche del legale della ricorrente, ritenendo la valutazione peritale fornita assolutamente completa e non necessitante di ulteriori aggiunte (rapporto del 16 settembre 2014 - doc. 258). Come nel precedente rapporto egli ha indicato che una valutazione pneumologica avrebbe potuto essere determinante per determinare l'effettiva presenza di un'iperreattività bronchiale, sebbene tale esame avrebbe permesso unicamente di spiegare le varie reazioni cliniche della paziente, comunque già tenute in conto nella valutazione della funzione polmonare (cfr. rapporto del 14 ottobre 2013). In risposta alle osservazioni della ricorrente (cfr. doc. 251), stanti le quali essa avrebbe dovuto sottoporsi a un prelievo del midollo osseo il 9 settembre 2014 a (...) per verificare la presenza di un'eventuale mastocitosi sistemica (esame di cui

agli atti non figura alcun rapporto), il dr. U._____, si è riservato di esaminare ulteriormente tale esame, pur chiarendo che "anche in presenza di una eventuale elevazione delle cellule mastocitarie a livello del midollo quello che fa testo è comunque l'elevazione della triptasi perché è il marker biologico corrispondente con il quale si possono fare delle correlazioni sull'attività della mastocitosi e sul suo impatto clinico".

E. 14.3

Nella valutazione globale, esposta nel rapporto riassuntivo del 27 novembre 2014 (doc. 258) e interamente ripresa dal SMR (doc. 259), la dr.ssa I._____ e il dr. L._____, hanno confermato la valutazione del SAM del 30 dicembre 2013 (cfr. consid. 13.2.6).

E. 15.1

In sede di ricorso, l'assicurata ha prodotto il rapporto neurologico del 18 dicembre 2016 del dr. M._____, che ha innanzitutto precisato di non aver identificato affezioni strettamente neurologiche e di concordare pertanto con la valutazione del dr. V._____ del 16 ottobre 2013. A seguito dell'esame clinico egli ha riferito di non riscontrare discrepanze fra i disturbi osservati e le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa riportate nella perizia pluridisciplinare, ritenute corrette. Ha tuttavia messo in discussione l'impatto funzionale di tali patologie, ritenendo la capacità lavorativa nell'attività di infermiera indipendente compromessa in misura maggiore di quanto valutato dal SAM. La presa di posizione del dr. M._____, si fonda sui risultati del test di simulazione professionale, condotto in due fasi il 17 novembre e il 15 dicembre 2016 e volto a valutare le limitazioni funzionali dell'assicurata nell'esecuzione delle attività tipiche di infermiera a domicilio. A tale scopo alla ricorrente è stato chiesto di eseguire le principali mansioni individuate fra i compiti incombenti a un'infermiera a domicilio, segnatamente: attività con necessità di carico fisico in diverse posture e con uso degli arti superiori (transfer dei pazienti, cura di pazienti a letto con necessità di effettuare spostamento dei soggetti, vestizione pazienti, attuazione di interventi diagnostici rispettivamente terapeutici), attività di tipo tecnico specialistico, attività amministrative (uso del PC e della scrittura nella compilazione di documenti e delle cartelle cliniche), attività di comunicazione con il team, attività di informazione a famigliari, attività di formazione a terzi e di proprio aggiornamento. L'osservazione ha così permesso al dr. M._____ di descrivere le conseguenze oggettive (ossia: difficoltà nell'assumere e mantenere determinate posture del corpo - a livello degli arti superiori, della schiena, degli arti inferiori, in posizione eretta e seduta - in situazioni il più possibile analoghe a quelle realmente necessarie alla mobilitazione e alla cura dei pazienti, come nell'esecuzione delle differenti attività infermieristiche; limitazione nello svolgere attività medio-pesanti e pesanti) e soggettive (dolore) del danno alla salute. Avendo individuato degli importanti limiti funzionali, il dr. M._____ ha pertanto ritenuto gli stessi non compatibili con l'attività d'infermiera indipendente con cura dei pazienti a domicilio, professione la cui esecuzione - ha sottolineato - esige la capacità di svolgere tutti i gruppi di attività previsti dal mansionario. In conclusione il medico ha quindi fatto proprie le valutazioni dei periti del SAM riguardanti la capacità lavorativa nell'attività abituale di infermiera d'ospedale o di clinica (40%), come pure quelle relative all'esigibilità di una professione rispettosa dei limiti funzionali e di carico definiti nel rapporto peritale del 30 dicembre 2013 (100%) e l'attività di casalinga (66 2/3%). Ha espresso per contro un parere divergente in punto all'abilità lavorativa come infermiera indipendente, non ritenendo possibile una ripresa lavorativa all'80%, ma considerando adeguato riconoscere una residua capacità lavorativa del 40%. Al riguardo il medico ha precisato che lo svolgimento

dell'attività su di una giornata intera di lavoro, ma con rendimento ridotto, comprometterebbe un reinserimento lavorativo stabile nel tempo ed ha pertanto valutato l'interessata in grado di lavorare come infermiera indipendente "nella misura del 40%, vale a dire con una presenza sul posto di lavoro in misura del 60% e con rendimento ridotto di 1/3".

E. 15.2

Invitato ad esprimersi il dr. Aa. _____, nel rapporto del 10 febbraio 2017, ha riferito che la valutazione del dr. M. _____, dal punto di vista strettamente reumatologico non ha fornito dati medici oggettivi nuovi, ragione per cui egli si è interamente riconfermato nell'apprezzamento della capacità lavorativa esposto nel rapporto del 30 settembre 2013 (allegato al doc. TAF 39). Analogamente si sono espressi la dr.ssa I. _____ e il dr. L. _____ nel rapporto del 20 febbraio 2017 - ritenendo che il dr. M. _____ avesse semplicemente fornito una valutazione differente dei limiti funzionali di carico e quindi della capacità lavorativa basandosi sulle stesse patologie già note al momento della valutazione reumatologica da parte del dr. Aa. _____ - nonché il dr. G. _____ nell'annotazione SMR del 21 febbraio 2017 (doc. TAF 39).

E. 15.3

Nel rapporto del 30 marzo 2017 il dr. M. _____ ha, dal canto suo, attirato l'attenzione sul fatto che la valutazione esposta in precedenza, era a ben vedere fondata su elementi clinici nuovi, nella misura in cui in precedenza non era mai stato condotto un esame dettagliato dei limiti funzionali, attraverso una prova pratica del lavoro con cui essa dovrebbe essere confrontata in caso di attuazione dei compiti di infermiera a domicilio (allegato al doc. TAF 44). Per tutta risposta il SMR nell'annotazione del 8 giugno 2017 ha ribadito che dalle valutazioni del dr. M. _____ non emerge alcuna modifica dello stato di salute (allegato al doc. TAF 54).

E. 15.4

Pendente causa è stata infine prodotta dall'insorgente ulteriore documentazione a sostegno delle critiche mosse contro le valutazioni del dr. U. _____, segnatamente il rapporto del 7 settembre 2011 del dr. Cc. _____, il referto del 27 novembre 2013 steso dall'Istituto Dd. _____, come pure il rapporto del 22 giugno 2015 del dr. Ee. _____ (allegati al doc. TAF 59). Con annotazione SMR del 21 agosto 2017 il dr. G. _____ ha chiarito che tali documenti non apportano alcun elemento clinico nuovo non precedentemente considerato dal SAM, rammentando per altro che la problematica di iperreattività bronchiale è presente nel 17% della popolazione e non ha carattere invalidante. Per tali motivi, egli ha confermato la bontà della valutazione peritale del dr. U. _____.

E. 16.1

Visto quanto precede, può essere senz'altro confermata l'incapacità lavorativa ritenuta dall'autorità inferiore fino al 31 dicembre 2003. Dalle valutazioni univoche di periti e medici di parte, emerge infatti con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che vi è stata un'incapacità lavorativa in qualsivoglia attività nei seguenti periodi: dal 22 dicembre 2000 al 31 marzo 2001 al 100%; dal 1° aprile al 19 settembre 2001 al 50%; dal 20 settembre al 20 ottobre 2001 al 100%; dal 21 ottobre 2001 al 12 giugno 2002 al 50%; dal 13 giugno 2002 al 3 dicembre 2003 al 100%; dal 4 al 31 dicembre 2003 al 50% (cfr., fra gli altri, il rapporto del dr. F. _____ del 12 ottobre 2009 [doc. 4 inc. LAINF]; il rapporto peritale pluridisciplinare del 20 agosto 2007 [doc. 66, p.

24] a cui rimanda - per i summenzionati periodi - il rapporto del SAM del 30 dicembre 2013 [doc. 231, p. 38]; il rapporto SMR del 22 febbraio 2008 [doc. 68]).

E. 16.2

Per quanto concerne il periodo decorrente dal 1° gennaio 2004 (periodo a partire dal quale il TAF aveva ritenuto necessaria una nuova valutazione medica; sentenza C-6248/2011 del 25 luglio 2012) fino all'infortunio del 22 novembre 2008, questo Tribunale non vede motivi per discostarsi dalla decisione impugnata, ritenuto che non vi sono agli atti elementi che permettono di dubitare della sua correttezza.

E. 16.2.1

In occasione della prima perizia pluridisciplinare del 20 agosto 2007, il SAM era infatti giunto alla conclusione che l'interessata presentava una residua capacità nella professione di infermiera diplomata alle dipendenze di un ospedale del 75%, inteso come impiego su di un'intera giornata con rendimento ridotto in ragione dei limiti funzionali (cfr. doc. 66 p. 24). Sebbene tale valutazione fosse in contrasto con quanto indicato dal dr. F._____ nel rapporto del 12 ottobre 2009 (allegato al doc. 123), in occasione della seconda perizia pluridisciplinare del 30 dicembre 2013, i periti del SAM - preso atto dei rapporti del dr. N._____ (doc. 7 inc. LAINF in particolare quello del 27 settembre 2004), del dr. Z._____ del 23 ottobre 2008, del dr. E._____ del 14 dicembre 2010, nonché dei più recenti accertamenti strumentali (allegati al doc. 123) - hanno confermato la possibilità di una ripresa dell'attività abituale nella misura del 75% (doc. 231, p. 38). Tale situazione si è protratta fino al 22 novembre 2008 - ossia da quando è intervenuto il peggioramento dello stato di salute - ed è stata intervallata unicamente dal periodo di inabilità lavorativa totale fra il 6 luglio e il 1° settembre 2004 (cfr. doc. 232, p. 3).

E. 16.2.2

Vale la pena sottolineare che le attendibili e concludenti valutazioni esposte dal SAM riguardo al summenzionato periodo non sono state messe in discussione dal dr. M._____, che nel rapporto del 18 dicembre 2016 (allegato al doc. TAF 35) si è concentrato piuttosto sull'effettiva esigibilità della professione di infermiera indipendente a decorrere dal 22 febbraio 2009 (momento in cui SAM ed SMR hanno considerato terminata l'inabilità lavorativa totale - cfr. doc. 232, p. 3). D'altro canto, essendosi detto d'accordo con le diagnosi e l'evoluzione dello stato di salute attestato nella perizia pluridisciplinare del 30 dicembre 2013, non si vede come il dr. M._____ avrebbe potuto giungere a conclusioni divergenti sulla base di un test professionale svolto sul finire del 2016, dunque ad oltre dodici anni di distanza dal periodo in parola e posteriormente all'ulteriore infortunio del 2008. Occorre pertanto concludere che su questo specifico punto il rapporto del 18 dicembre 2016 non apporta elementi suscettibili di valutare in maniera differente la fattispecie.

E. 16.3

Sulla base di tali valutazioni mediche l'UAIE ha dunque correttamente riconosciuto all'interessata il diritto a una mezza rendita d'invalidità dal 1° dicembre 2001 al 31 agosto 2002, ad una rendita intera dal 1° settembre 2002 al 31 marzo 2004. Ora, che una rendita AI nella misura stabilita dall'autorità inferiore sia dovuta all'insorgente perlomeno nei summenzionati periodi è senz'altro comprovato, oltre che incontestato.

E. 16.4

Per quanto riguarda invece il periodo dal 1° luglio 2004 al 31 dicembre 2004, in cui è pure stata assegnata una rendita intera, va rilevato che il peggioramento dello stato di salute, riconducibile allo stesso evento che ha giustificato le rendite precedenti, è intervenuto dal 6 luglio 2004 ed è perdurato fino al 1 settembre 2004 (consid. 16.2.1 in fine). In simili condizioni in applicazione dell'art. 29bis OAI, la nuova rendita decorrerebbe sei mesi dopo la presentazione della domanda (art. 29 LAI, si confronti DTF 142 V 547 consid. 3.2 e sentenza del TF 9C_909/2017 del 3 maggio 2018 consid. 2). Poiché tuttavia nel caso di specie la procedura avviata il 27 maggio 2002 non era ancora conclusa, è quest'ultima data ad essere rilevante (si confronti DTF 121 V 195 consid. 2 sulla durata illimitata della domanda, DTF 140 V 2 e il consid. 17.2.1 della presente sentenza). D'altro canto trattandosi di un peggioramento dello stato di salute e del grado di invalidità esso va considerato, secondo l'art. 88a cpv. 2 OAI, non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole. Ciò che nel caso concreto non è avvenuto, essendosi protratta la nuova incapacità per meno di due mesi. Alla luce di quanto precede, ne consegue che il diritto alla rendita non può sorgere il 1° luglio 2004, ma neppure il 1° ottobre 2004 non essendo l'incapacità lavorativa perdurata tre mesi. In simili circostanze l'incarto andrebbe sottoposto al ricorrente, vista la prospettata reformatio in peius, al fine di concedergli la possibilità di ritirare il ricorso. Poiché tuttavia il ricorso viene parzialmente accolto per altri motivi (si confronti consid. 18.4 e 20.6), tale procedere risulta superfluo.

E. 17.1

Per quanto concerne il periodo compreso fra il 22 novembre 2008 (data del secondo infortunio) e il 21 febbraio 2009, non vi sono indizi che permettano a questo Tribunale di discostarsi dall'accertamento medico considerato dall'amministrazione. I pareri medici sono infatti univoci nel ritenere l'interessata completamente inabile al lavoro durante tale lasso di tempo (cfr. il rapporto del dr. F. _____ del 12 ottobre 2009 [doc. 4 inc. LAINF]; i certificati di novembre-dicembre 2008 e di gennaio 2009 (doc. LAINF 14) e il rapporto del 16 gennaio 2009 del dr. E. _____ (doc. LAINF 21); il rapporto del SAM del 30 dicembre 2013 [doc. 231, p. 38]; il rapporto SMR del 22 febbraio 2008 [doc. 68]). Accertato l'insorgere di un nuovo evento infortunistico che ha provocato un peggioramento dello stato di salute, l'amministrazione ha quindi nuovamente attribuito alla ricorrente una rendita intera a decorrere dal 1° febbraio 2009 (in applicazione del calcolo della media retrospettiva - cifra marginale 2017 e seguenti della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità: doc. B allegato al doc. TAF 1) fino al 31 maggio 2009 (ex art. 88a cpv. 1 OAI).

E. 17.2.1

Giova innanzitutto precisare che l'ulteriore danno alla salute, insorto a partire dall'evento infortunistico del 22 novembre 2008, ha un'origine del tutto nuova rispetto a quello già presente sin dal 2001, non trattandosi, né di una ricaduta né di una conseguenza tardiva (cfr. sentenza del TF 9C_294/2013 del 20 agosto 2013 consid. 4.1; 9C_697/2015 del 9 maggio 2016, consid. 3.2 e 5 e i riferimenti ivi menzionati). Non sono pertanto date le condizioni dell'art. 29bis OAI, applicabile unicamente in caso di riattivazione del danno alla salute che aveva inizialmente dato diritto alla rendita (M. Valterio, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et droit de l'assurance-invalidité (AI)*, Ginevra, 2011, n° 2195, p. 593). Pur trattandosi di un nuovo evento assicurato (notificato l'8 aprile 2009, doc. 82) è stato fatto valere nell'ambito della prima domanda di prestazioni (del 27 maggio 2002) sulla quale l'amministrazione non si era ancora espressa (la prima decisione annullata dal TAF risale all'11 ottobre 2011 ed è stata preceduta dal progetto dell'11 marzo 2010) e che

pertanto aveva ancora pieno effetto (si confronti in proposito DTF 121 V 195 consid. 2 secondo cui una domanda di rendita ha di principio durata illimitata nel tempo, a contrario cfr. M. VALTERIO, op. cit., n° 2847, pp. 779-780). Ne consegue che pur essendo applicabile il termine di carenza per l'insorgere del diritto alla rendita (art. 28 cpv. 1 LAI), non torna applicabile, come implicitamente ammesso dall'amministrazione, il termine semestrale per il versamento della stessa (art. 29 cpv. 1 LAI; si confronti in proposito DTF 140 V 2, in cui la procedura riguardante la prima domanda si era conclusa con decisione passata in giudicato; anche sentenza 9C_261/2014 dell'8 ottobre 2014 consid. 5.2).

E. 17.2.2

Nel caso concreto, in considerazione della preesistente incapacità lavorativa del 25% come infermiera, attività ritenuta esigibile fino al 22 novembre 2008 (cfr. consid. 16.2.1) e dell'incapacità al 100% instauratasi dopo tale data, in applicazione della media retrospettiva (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) l'anno di carenza è giunto al termine il 3 febbraio 2009 ($[73 \text{ giorni} \times 100\%] + [292 \text{ giorni} \times 25\%] : 365 \text{ giorni} = \text{grado di incapacità al guadagno medio del } 40\%$). In virtù dell'art. 29 cpv. 3 LAI il diritto alla rendita è quindi sorto il 1° febbraio 2009.

E. 18.1

Nel merito per quanto concerne il periodo successivo al 22 febbraio 2009, risulta accertato ed incontestato che il sinistro del 22 novembre 2008 ha determinato un peggioramento dello stato di salute, in maniera marcata nel corso dei primi tre mesi e persistente in minor misura nel seguito. Per tale ragione tutti i medici sono concordi nel ritenere l'interessata reintegrabile nell'attività abituale di infermiera d'ospedale o di clinica soltanto al 40%. Allo stesso modo tutti gli specialisti convengono - o quantomeno non dissentono - sul fatto che l'assicurata possa essere reintegrata in misura completa senza riduzione del rendimento in un'attività rispettosa dei limiti funzionali (cfr. a tal proposito rapporto del SAM del 30 dicembre 2013 [doc. 231, p. 33, 38]; rapporto finale SMR del 7 gennaio 2014 [doc. 232, p. 3]; rapporto del dr. M. _____ del 18 dicembre 2016, p. 10-11 [doc. TAF 35]).

E. 18.2

Ritenuto che - secondo l'UAIE - risultando l'interessata abile all'80% (intesa come rendimento ridotto) nell'attività di infermiera indipendente "proprio in questa attività può sfruttare al massimo la propria capacità di guadagno", va valutato se e in che misura la ricorrente possa essere considerata abile in questa professione.

E. 18.2.1

Secondo quanto indicato dal SAM e dal SMR, tale attività risulta senz'altro esigibile nella misura dell'80%, intesa come presenza su di un'intera giornata ma con rendimento ridotto (doc. 231 [p. 42], 232 [p. 3], 258 [p. 5]). Nei rapporti costituenti la perizia pluridisciplinare del 30 novembre 2013 vi sono tuttavia alcuni elementi che parrebbero contraddire tale conclusione: - Nel rapporto del 30 novembre 2013 del dr. Aa. _____, si legge infatti che, autonomamente, l'interessata non è in grado di svolgere le seguenti attività: aiutare i pazienti non autosufficienti nell'igiene personale; cambiare la biancheria dei letti; spostare il paziente dal letto alla sedia a rotelle o alla barella e viceversa; mobilizzare il paziente per compiere medicazioni, effettuare clisteri o estrazione di fecalomi; spingere sedie a rotelle di pazienti particolarmente pesanti; spostare o mobilizzare pazienti al loro domicilio non autosufficienti e pesanti. Essa può inoltre di rado recarsi usando le scale ai piani alti (dal 4° piano) di stabili provvisti di ascensore e solo talvolta compiere tragitti a piedi con le borse

dei prelievi o contenenti altro materiale medico, di peso complessivo comunque non superiore ai limiti di carico menzionati (fino all'altezza dei fianchi possibile sollevare pesi spesso fino a 5kg, talvolta fino a 10kg, di rado oltre 10kg, mai oltre i 15kg; sopra l'altezza del petto talvolta fino a 5kg, di rado oltre tale peso; di rado può maneggiare attrezzi molto pesanti come pure eseguire lavori sopra la testa). A fronte di tali limitazioni, il dr.

Aa._____ ha ritenuto, di principio, la professione abitualmente svolta dall'assicurata come infermiera d'ospedale, non più esigibile. - Nel rapporto del 25 settembre 2013, il dr. S._____ non ha saputo, o potuto stabilire quale fra l'attività dipendente e quella di infermiera indipendente sia più pesante. In maniera piuttosto ambivalente egli ha infatti indicato che, sebbene l'attività ospedaliera dell'infermiera sia in genere sensibilmente più pesante di quella di un'infermiera a domicilio - non potendo la prima scegliere i propri pazienti - è pur vero che nella prima è possibile essere aiutati dai colleghi o essere attribuiti in un reparto con degenti meno impegnativi (oftalmologia, dermatologia, chirurgia della mano), mentre nell'attività liberale no. Oltre a ciò, il dr. S._____ ha ritenuto impossibile dettagliare sulla base del solo esame clinico le attuali risorse della ricorrente, considerando a tale scopo opportuno eseguire un test di simulazione professionale volto ad accertare i reali limiti funzionali e a stabilire quali attività del mansionario di un infermiera essa sia in grado di svolgere.

E. 18.2.2

Dal canto suo il dr. M._____ ha ritenuto opportuno rivalutare l'impatto reale delle limitazioni funzionali dell'interessata, alla luce dei concreti risultati emersi dall'osservazione pratica dello svolgimento delle attività tipiche di infermiera a domicilio. Il test empirico ha permesso al medico di constatare delle limitazioni nella movimentazione dei pazienti, in particolare nel mantenere una posizione adeguata al compito con anteflessione del tronco fissa per più di uno-due minuti, adattandola alla situazione in modo dinamico, ad esempio mediante una rotazione; delle limitazioni di carico con entrambi gli arti superiori analoghe a quelle descritte nella perizia SAM, benché da applicare anche ai movimenti di estensione delle braccia, di gran lunga più frequenti nell'attività di infermiera (ad esempio per spostare parti del corpo dei pazienti).

E. 18.3.1

Ora, sebbene la valutazione esposta dal dr. M._____ debba di principio essere considerata con prudenza, trattandosi di un rapporto commissionato e prodotto dall'assicurata, questo Tribunale concorda sul fatto che essa apporta degli elementi nuovi, senz'altro pertinenti per la determinazione della fattispecie, in particolare per la sua completazione. Il test professionale eseguito dal dr. M._____ - la cui obbiettività e valenza non è stata messa in dubbio né dal servizio medico dell'autorità inferiore, né dal SAM - è un accertamento di cui oltretutto era stato palesato il bisogno dallo stesso dr. S._____, ma che l'autorità inferiore ha trascurato di assumere in sede istruttoria. A ben vedere il rapporto del dr. M._____, apporta quel tassello ancora mancante per poter valutare in maniera corretta la fattispecie, in assenza del quale l'istruttoria sarebbe stata incompleta. Non si tratta pertanto di una valutazione diversa del caso, sulla base del medesimo substrato fattuale. Fatta questa debita premessa, questo Tribunale ritiene quindi la valutazione esposta dal dr. M._____ senz'altro completa, comprensibile e concludente, oltre che suscettibile di mettere in dubbio la valutazione del SAM in punto alla capacità lavorativa dell'interessata quale infermiera indipendente.

E. 18.3.2

Alla luce dei contraddittori referti citati, risulta infatti che l'assicurata non soltanto non è in grado di svolgere la maggior parte delle mansioni richieste a un'infermiera d'ospedale, ma neppure lo è per quanto concerne le più importanti mansioni di un'infermiera a domicilio o indipendente. Tale circostanza è stata riconosciuta dal dr. Aa._____, in risposta ai quesiti complementari posti dalla ricorrente e confermata dal dr. M._____, sulla scorta del test professionale (cfr. consid. 15). Oltretutto, per stessa ammissione del dr. S._____, le due professioni, sebbene per motivi differenti, risultano essere ugualmente pesanti, conto tenuto dei limiti funzionali e di carico di cui l'interessata è portatrice. Nonostante tale analogia e nonostante il dr. Aa._____ avesse considerato inesigibile la ripresa dell'attività abituale d'infermiera d'ospedale, nell'attività di infermiera indipendente l'interessata è stata considerata abile al 100% (grado poi ridotto all'80%), partendo dal presupposto che in tale professione essa possa evitare quelle mansioni che le sono precluse dai limiti funzionali e di carico. Ciò è probabilmente vero nell'ipotesi in cui vi sia la possibilità di scegliere la clientela adatta, rispettivamente se per puro caso la clientela necessita di sostegno in attività cosiddette leggere; tuttavia è irrealista pensare che ciò possa verificarsi regolarmente e pertanto la ridotta possibilità di scelta potrebbe rivelarsi un problema a livello economico. Tale assunto, formulato sulla sola base dell'esame clinico da parte dei periti del SAM, è stato sconfessato dal dr. M._____, mediante un esame empirico. Sulla scorta del test professionale, egli ha affermato che per poter esercitare il lavoro di infermiera indipendente con cura dei pazienti a domicilio, è necessaria la capacità di svolgere tutti i gruppi di attività da lui elencati nel rapporto (cfr. consid. 15.1 - tale mansionario è l'unico che abbia un valore nell'ambito del presente procedimento, dato che quello esposto dal rappresentante della ricorrente a pag. 9 del memoriale di ricorso è privo di fonte attendibile e deve pertanto essere considerato alla stregua di un'allegazione di parte). Avendo riscontrato che i principali limiti funzionali e di carico dell'insorgente non sono compatibili, neppure in parte, con il mansionario di un'infermiera indipendente con cura dei pazienti a domicilio, egli si è quindi detto in disaccordo con la valutazione del SAM.

E. 18.4

Alla luce delle incongruenze evidenziate nei rapporti citati, in assenza di un dettagliato rapporto da parte del consulente all'integrazione professionale - non figurando agli atti alcun accertamento economico prima della decisione del 4 gennaio 2016, né tantomeno prima del progetto del 20 maggio 2014 - e tenuto conto delle contrastanti valutazioni del dr. M._____, non risulta pertanto dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che l'assicurata possa intraprendere - nella misura indicata dal SAM - la professione di infermiera indipendente. Al contrario, per i motivi esposti sopra, pare provato il contrario e meglio che l'esercizio di tale attività come quello di infermiera dipendente non è esigibile nella misura indicata dal SAM. È pertanto più opportuno attenersi alla valutazione del dr. M._____ in punto alla capacità lavorativa residua nella professione di infermiera indipendente. Su questo specifico punto la decisione dell'autorità inferiore non merita tutela.

E. 18.5

In conclusione, sulla scorta della documentazione medica agli atti, nonché delle considerazioni che precedono, questo Tribunale ritiene giustificato riconoscere che a decorrere dal 22 febbraio 2009 la ricorrente, a causa delle patologie da cui è affetta, presenta una residua capacità al lavoro del 40% nella professione abituale di infermiera

d'ospedale, come pure nella professione di infermiera indipendente di cure a domicilio, ma che in una professione sostitutiva, che tenga conto delle limitazioni funzionali, essa potrebbe essere abile al 100% con rendimento pieno nell'arco di un'intera giornata.

E. 19

Così stando le cose - avendo potuto valutare la residua capacità lavorativa nell'attività di infermiera indipendente ed avendo, così facendo, parzialmente accolto la domanda della ricorrente - risulta quindi superfluo procedere all'audizione testimoniale del dr. M. _____ e delle sig.re Ff. _____ e Gg. _____, come pure di procedere all'assunzione di una perizia giudiziaria consistente in una prova concreta di lavoro come infermiera indipendente addetta alle cure a domicilio. In virtù del principio inquisitorio, infatti, il giudice deve segnatamente disporre indagini supplementari in presenza di valide ragioni, quali censure invocate dalle parti o degli indizi risultanti dagli atti (DTF 117 V 282 consid. 4a con riferimenti). Quando tuttavia l'istruttoria conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere ulteriori prove (U. Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Ne consegue che non vi è necessità di assumere le prove di cui sopra, in quanto non muterebbero l'esito della procedura, essendo i fatti rilevanti già stati sufficientemente accertati dall'amministrazione tramite prove cartacee, oltretutto nel senso desiderato dalla ricorrente (cfr. consid. 18.3).

E. 20

Alla luce di quanto precede, occorre quindi esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore a partire dal 1° giugno 2009, momento in cui è cessato il diritto alla rendita in ragione del miglioramento dello stato di salute, posto che per il periodo precedente la correttezza del tasso di invalidità ritenuto dall'amministrazione è già stato accertato (cfr. consid. 16 e 17).

E. 20.1

L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione d'eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPGA, metodo ordinario).

E. 20.2

Nei casi in cui stabilire l'ammontare dei redditi risulta particolarmente difficile, la giurisprudenza ammette che la graduazione dell'invalidità avvenga eccezionalmente secondo il metodo straordinario. Per quanto concerne la fissazione del grado di incapacità al guadagno degli indipendenti, la giurisprudenza federale, ha già stabilito che l'invalidità è fissata secondo la riduzione del rendimento nella situazione concreta in cui viene svolta l'attività e quindi considerando le ripercussioni economiche di questa riduzione (cfr. DTF 128 V 29 consid. 1; M. Valterio, op. cit., n° 2183, p. 588). In base a questo metodo dapprima si constata l'impedimento dovuto al riconducibile al danno alla salute, poi si

valutano gli effetti di tale impedimento sull'incapacità di guadagno (metodo straordinario). Una determinata limitazione della capacità produttiva funzionale può, quindi, non produrre una perdita di guadagno della medesima entità (sentenza del TF 9C_580/2007 del 17 giugno 2008 consid. 4; DTF 128 V 29 consid. 1 menzionato e referenze ivi citate; 105 V 151;104 V 137 consid. 2c). Occorre ancora precisare che, nel caso in cui l'assicurato cessa l'attività indipendente, si può rinunciare all'applicazione del metodo straordinario in quanto il raffronto delle mansioni svolte prima e dopo la sopravvenienza del danno alla salute non è più attuabile (RAMI 1995 p. 107, vedi anche sentenza del TF I 499/02 del 17 giugno 2003 consid. 6).

E. 20.3

In concreto l'interessata, prima dell'infortunio del 2000 desiderava intraprendere l'attività di infermiera indipendente e in tal senso si era mossa dando la disdetta dal proprio posto di lavoro con effetto al 31 dicembre 2000. A causa del danno alla salute, essa non ha tuttavia mai avuto modo - per sua stessa ammissione - di avviare la propria attività indipendente, in tal senso non contando il tentativo a titolo terapeutico (cfr. doc TAF 1, p. 19) intrapreso a partire dal 2011 conseguendo redditi esigui a tal punto da non permettere neppure il suo sostentamento (doc. TAF 19, p. 4). Occorre pertanto considerare che la ricorrente non ha mai veramente lavorato come infermiera indipendente, ragione per cui non si applica il metodo di valutazione straordinario - richiesto dalla ricorrente in corso di causa (doc. TAF 28) - ma quello generale.

E. 20.4.1

Secondo il metodo generale di comparazione dei redditi (art. 16 LPGA), per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti).

E. 20.4.2

In concreto l'amministrazione ha stabilito il reddito annuale da valida rimandando alle considerazioni economiche espresse in occasione della prima decisione AI del 11 ottobre 2011 (doc. 141), dunque facendo, a giusto titolo, riferimento alla media dei redditi della classe salariale 12 dell'Ente H._____. Come riferito dal consulente all'integrazione, tale valore è applicabile sia all'attività dipendente, che a quella indipendente (cfr. breve nota interna del 21 marzo 2014 del consulente all'integrazione [doc. 236]). Non è dunque rilevante il fatto che, anche in assenza del danno alla salute, l'interessata avrebbe interrotto l'attività abituale per iniziare ad esercitare come infermiera indipendente (cfr. consid. A.). Di principio, non vi è quindi motivo di scostarsi dall'accertamento dei fatti proposto dall'autorità inferiore, sebbene occorra riferirsi ai valori del 2009, anno di riferimento per il raffronto dei redditi.

E. 20.4.3

Prendendo il valore mediano all'interno della classe salariale di riferimento (doc. 239), si ricava un reddito ipotetico da valida per l'anno 2009 di fr. 77'519.-.

E. 20.5.1

Per determinare il reddito da invalido, fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta dell'assicurato, a condizione che, cumulativamente, il rapporto di lavoro sia particolarmente stabile, egli sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua, il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale (DTF 126 V 75 consid. 3b/aa). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali, come risultano dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (cfr. sentenza del TF 9C_205/2011 consid. 7 e relativi riferimenti).

E. 20.5.2

Nel caso di specie, per quanto concerne il reddito da invalida risulta dunque criticabile la scelta dell'autorità inferiore di ritenere quello conseguibile dall'assicurata nell'attività di infermiera indipendente. In primo luogo i redditi da attività dipendente e da attività indipendente non sono paragonabili tra loro, fondandosi su criteri diversi. Il secondo infatti dipende in misura maggiore dalla personalità, dal carattere e dall'iniziativa della persona interessata, mentre il primo si basa su criteri più "obbiettivi". Non pare innanzitutto corretto esigere da un'assicurata che, fino all'insorgere del danno alla salute, aveva esercitato un'attività dipendente, di intraprendere un'attività indipendente, piuttosto che un'attività salariata sostitutiva (sebbene meno retribuita). Ciò indipendentemente dal fatto che si tratti di un'attività correlata alla formazione e all'esperienza pratica di cui l'interessata dispone, o che la stessa abbia manifestato il desiderio di dedicarsi a tale professione. Pure irrilevante è il fatto che a partire dal 2011 essa abbia tentato di avviare in Italia la propria attività di infermiera a domicilio. Da un lato il provento effettivo di tale attività non può essere tenuto in conto, essendo l'anno di riferimento per il raffronto dei redditi precedente tale attività. Dall'altro, le entrate che ne risultano, attestate dalle dichiarazioni fiscali per gli anni 2011 e 2012 (allegate al doc. 238), non consentono di ritenere verosimile che essa stesse mettendo interamente a frutto la propria residua capacità lavorativa e di guadagno. Circostanza, questa, per altro confermata dagli accertamenti medici di cui si è detto in questa sede, dai quali è emerso che l'interessata, nell'attività di infermiera indipendente presenta una capacità lavorativa non superiore al 40% (cfr. consid. 18.5). Il reddito che essa potrebbe pertanto conseguire in Svizzera nella suddetta attività nel 2009 (previo ottenimento delle necessarie autorizzazioni ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie) risulta essere notevolmente inferiore a quello ritenuto dall'autorità inferiore, attestandosi a fr. 31'007.60 (= fr. 77'519.- x 40%).

E. 20.5.3

In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, occorre pertanto valutare se in un'attività sostitutiva rispettosa dei limiti funzionali, nella quale l'interessata è stata considerata abile al 100%, essa sarebbe in grado di sfruttare al meglio la sua capacità di guadagno. Fra tali attività erano state a suo tempo indicate dal consulente all'integrazione, in una lista esemplificativa, quella di assistente di farmacia, operaia generica, aiuto amministrativo, commessa di vendita e cassiera non qualificata (cfr. doc. 80).

E. 20.5.4

Riferendosi al reddito ottenibile in attività semplici e ripetitive secondo la pertinente tabella edita dall'Ufficio federale di Statistica (ISS 2008 - TA1), indicizzando il salario che ne scaturisce, risulta che da invalida l'assicurata avrebbe potuto conseguire nel 2009 un salario medio mensile di fr. 4'202.45 (4'116.- [TA1 2008, settore totale, categoria 4, donne] +2.1% nel 2009 [T39, donne]), che riportato su un orario usuale di 41.6 ore settimanali (cfr. tabella 03.02.03.01.04.01 - Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], edita dall'Ufficio federale di statistica, settore totale), corrisponderebbe a un salario mensile di fr. 4'370.55 ed annuale di fr. 52'446.60.

E. 20.5.5.1

Se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. Il Tribunale federale ha precisato al riguardo che una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permette di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. A seconda della loro incidenza infatti, è possibile che la persona assicurata, anche in un mercato del lavoro equilibrato, non sia in grado di realizzare un salario medio sfruttando la capacità lavorativa residua (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1 e DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). Va aggiunto che è compito dell'amministrazione e, in caso di ricorso, del giudice, motivare l'entità della deduzione, fermo restando che quest'ultimo non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 75 consid. 5b/dd e 6; cfr. pure 129 V 472 che conferma questi principi). Va infine rilevato che conformemente alla giurisprudenza sopracitata (DTF 126 V 75) la deduzione del salario statistico da invalido deve permettere di avvicinarsi il più possibile al salario che l'interessata potrebbe effettivamente percepire da invalida: quindi è necessario procedere a una nuova valutazione della riduzione del salario da invalida ogni qualvolta che si procede ad un raffronto dei redditi.

E. 20.5.5.2

In primo luogo alla luce delle circostanze del caso concreto, la Corte adita ritiene giustificato apporre una riduzione del 10% per attività leggere, per tenere conto del fatto che l'assicurata (che dispone anche di un diploma come maestra d'asilo - cfr. doc. 3) ha principalmente lavorato, quale infermiera diplomata, in un ambito richiedente compiti manuali pesanti e che a causa del danno alla salute è ormai in grado di svolgere soltanto attività per lo più leggere (cfr. doc. 232, p. 4). Contrariamente a quanto richiesto nel memoriale di ricorso (doc. TAF 1, p. 21), non risulta invece giustificata una deduzione per l'età, in quanto al momento della decisione impugnata l'interessata aveva soltanto 48 anni. Occorre per contro tenere conto dei numerosi limiti funzionali, risultando suscettibili di restringere sensibilmente lo spettro di attività ancora esigibili dall'assicurata e che non riguardano unicamente l'impossibilità di svolgere attività pesanti o medio pesanti (si confronti a tal proposito il consid. 13.3 e il doc. 232 p. 4). Non vanno infine considerati nel calcolo altri fattori di riduzione - come anni di servizio, grado di occupazione, nazionalità e tipo di permesso di dimora - posto che non ne sono date le condizioni; né infine la pretesa

prolungata lontananza dal mercato del lavoro, posto che dal 1° gennaio 2004 e fino all'insorgere del secondo danno alla salute nel novembre 2008, dall'insorgente poteva essere pretesa una ripresa dell'attività lavorativa abituale nella misura del 75% o in un'attività sostitutiva adeguata al 100%.

E. 20.5.6

Visto quanto sopra, può essere quindi riconosciuta una riduzione sociale massima del 15%, fondata su una valutazione globale della situazione concreta. Così facendo, ne risulta un reddito da invalida di fr. 44'579.60 (= fr. 52'446.60 - 15%).

E. 20.6

Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 77'519.- (cfr. consid. 20.4.3) e quello da invalido di fr. 44'579.60 risulta dunque un grado d'invalidità del 42.49% ($(\{77'519.- - 44'579.60\} : 77'519.-) \times 100$), che in virtù della consolidata giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 130 V 121, consid. 3.2 e 3.3) deve essere arrotondato a 42%.

E. 20.7

In simili condizioni, alla luce del raffronto dei redditi operato da codesto Tribunale, la decisione impugnata va parzialmente riformata nel senso che alla ricorrente è riconosciuto a decorrere dal 1° giugno 2009 il diritto a un quarto di rendita sulla base di un grado di invalidità del 42%.

E. 21

Da quanto esposto, consegue che il ricorso deve essere parzialmente accolto e la decisione riformata ai sensi dei considerandi che precedono. L'incarto è pertanto trasmesso all'UAIE affinché determini l'ammontare della rendita e proceda al versamento della stessa, arretrati compresi. Il Tribunale rende inoltre attenta l'amministrazione all'art. 26 cpv. 2 LPGA relativo agli interessi moratori sulle prestazioni scadute.

E. 22.1

Visto l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico della ricorrente solo in parte, per un importo di fr. 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]) e vengono parzialmente compensate con l'anticipo spese di identico ammontare versato l'8 novembre 2016 (doc. TAF 26). L'importo residuo di fr. 400 verrà restituito alla ricorrente al momento della crescita in giudicato della sentenza.

E. 22.2

Alla ricorrente, spetta altresì un'indennità parziale per spese ripetibili della sede federale per fr. 2'000, posta a carico dell'UAIE (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

E. 22.3

Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

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