

BVGer C-945/2019 vom 31. August 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-08-31, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-945_2019

FR: TAF C-945/2019 du 31 août 2020

IT: TAF C-945/2019 del 31 agosto 2020

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la propria competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii).

E. 1.2

Riservate le eccezioni - non realizzate nel caso di specie - di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

E. 1.3

In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

E. 2.1

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, risiede in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero (DTF 143 V 81, in particolare consid. 8.1), per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

E. 2.2

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

E. 2.3

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

E. 2.4

Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

E. 2.5

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

E. 3.1

Dal profilo temporale 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. 3.2

Nell'evenienza concreta, la domanda di prestazioni è stata presentata in data 29 gennaio 2018 e quindi di principio si applicano al caso di specie le nuove norme in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore), così come le ulteriori modifiche entrate in vigore successivamente e fino alla pronuncia della decisione impugnata.

E. 3.3

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è de-limitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 27 aprile 2018. 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 dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine; nonché cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-1916/2017 del 4 dicembre 2019 consid. 3.3 con rinvii).

E. 4

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI); aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4). La ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi per più di tre anni, fermo restando che ha versato all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità contributi per più di un anno (doc. 53).

E. 5.1

L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI).

E. 5.2

Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

E. 5.3

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno il 50%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

E. 5.4

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili

(lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

E. 5.5

La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (cfr. sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 con rinvii). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 5.6

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-3196/2017 dell'11 settembre 2019 consid. 4.6).

E. 6.1

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

E. 6.2

Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 231 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]).

E. 6.3

In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione

di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 6.4

Per quel che riguarda le perizie di parte, il TF ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

E. 6.5

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

E. 7.1

Per poter determinare se l'amministrazione ha a giusto titolo respinto la richiesta di prestazioni dell'insorgente, occorre dapprima verificare se l'istruttoria effettuata dall'autorità inferiore sia sufficiente, o meno, per statuire nel caso di specie, fermo restando il grado di prova della verosimiglianza determinante valido nelle assicurazioni sociali.

E. 8.1

Con lettera di dimissione del 21 settembre 2017, il dott. D._____ dell'Azienda Ospedaliera Regionale E._____ di (...) ha posto la diagnosi di eteroplasia del retto (doc. 46).

E. 8.2

Con lettera di dimissione del 14 ottobre 2017, il dott. F._____ dell'Azienda Ospedaliera Regionale E._____ di (...) ha posto la diagnosi di carcinoma della giunzione retto-sigmoidea e indicato che il 10 ottobre 2017 la paziente è stata sottoposta ad un intervento di emicolectomia sinistra robotica (doc. 45).

E. 8.3

Con lettera di dimissione del 9 dicembre 2017, il dott. G._____ dell'Unità Operativa Complessa di Oncologia Medica del Centro di Riferimento Oncologico di H._____ ha posto le diagnosi di adenocarcinoma della giunzione rettosigmoidea pT3N1c, isterectomia per miomi e asportazione cisti ovarica, colecistectomia e sindrome ansioso depressiva (doc. 13).

E. 8.4

Con verbale del 19 dicembre 2017, la commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile del centro medico legale INPS di (...) ha rilevato un tono dell'umore

marcatamente deflesso ed ha ritenuto le diagnosi di adenocarcinoma della giunzione retto-sigmoidea pT3 N1c ed una sindrome ansioso depressiva. Ha inoltre riconosciuto l'interessata invalida con totale e permanente inabilità lavorativa del 100% a decorrere dal 30 novembre 2017 (doc. 12 e 59).

E. 8.5

Con certificato medico del 25 gennaio 2018, il dott. I._____, la cui specializzazione non è nota, ha posto le diagnosi di adenocarcinoma della giunzione rettosigmoidea pT3N1c, emicolectomia sinistra, trattamento chemioterapico e sindrome ansioso depressiva (doc. TAF 1).

E. 8.6

Con perizia medica particolareggiata E213 del 5 giugno 2018, il dott. L._____, la cui specializzazione non è nota, ha posto le diagnosi di adenocarcinoma della giunzione retto-sigmoidea pT3N1c e di sindrome ansioso depressiva. Egli ha inoltre indicato che la paziente non era in grado di svolgere alcuna attività lavorativa ed ha confermato una totale invalidità secondo la normativa italiana dal 30 novembre 2017 al 31 dicembre 2019 (doc. 11).

E. 8.7

Con annotazione del servizio medico dell'UAIE del 6 ottobre 2018, il dott. B._____ ha posto la diagnosi principale di carcinoma della giunzione retto-sigmoidea pT3N1c. Egli ha inoltre ritenuto - quali diagnosi secondarie senza effetto sulla capacità lavorativa - uno stato ansioso-depressivo, isterectomia per miomi e asportazione cisti ovarica e colecistectomia. Infine, egli ha attestato una totale incapacità lavorativa dal 10 ottobre 2017 al 31 agosto 2018, mentre a partire dal 1° settembre 2018 - ossia a distanza di tre mesi dal termine dell'ultimo ciclo di chemioterapia - si poteva ritenere che la ricorrente aveva ritrovato una piena capacità lavorativa in qualsiasi attività, segnatamente anche nella precedente attività di impiegata d'ufficio (doc. 50).

E. 8.8

Con certificato medico del 5 novembre 2018, il dott. M._____, oncologo, ha posto le diagnosi di pregresso adenocarcinoma del colon-retto, neuropatia periferica iatrogena, stato ansioso-depressivo in terapia medica ed episodi di dolori addominali che influenzano negativamente la qualità di vita della paziente (doc. 58).

E. 8.9

Con presa di posizione del servizio medico dell'UAIE del 15 dicembre 2018, il dott. B._____ ha confermato la precedente annotazione del 6 ottobre 2018 (doc. 64).

E. 8.10

A seguito del ricorso dell'insorgente, con presa di posizione del servizio medico dell'UAIE dell'11 maggio 2019, il dott. B._____ ha rilevato che la documentazione medica trasmessa, già ampiamente agli atti, non è suscettibile né di modificare le precedenti prese di posizione né di rendere necessari ulteriori approfondimenti medici (doc. TAF 8).

E. 8.11

Con relazione di consulenza tecnica d'ufficio medico-legale per il Tribunale di (...) del 30 maggio 2019, il dott. N._____, la cui specializzazione non è nota, ha posto le diagnosi di

cardiopatia ipertensiva, sindrome ansioso-depressiva, isteroannessiectomia bilaterale per K endometrio, esiti di intervento chirurgico per adenocarcinoma della valvola ileo-cecale e trattamento chemioterapico secondario. Sulla base di tali affezioni, detto medico ha in sostanza concluso che la ricorrente era da considerarsi invalida con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni ed i compiti propri della sua età (grave 100% [doc. TAF 11]).

E. 8.12

Con presa di posizione del servizio medico dell'UAIE del 5 settembre 2019, il dott.

B._____ ha in particolare rilevato che la summenzionata consulenza tecnica del 30 maggio 2019, il dott. N._____ avrebbe posto le diagnosi di cardiopatia ipertensiva e di sindrome ansioso-depressiva, senza fondarsi su elementi anamnestici, esami clinici o trattamenti farmacologici passati o presenti. Non vi sarebbero quindi motivi per modificare le sue precedenti prese di posizione (doc. TAF 13).

E. 9.1

Questo Tribunale rileva preliminarmente che è incontestato - né ad un esame d'ufficio degli atti di causa emergono elementi tali da mettere seriamente in dubbio tale circostanza - che fino al 31 agosto 2018 la ricorrente era totalmente inabile in qualsiasi attività già solo in virtù dell'intervento di emicolectomia subito e dei susseguenti cicli di chemioterapia. Per conseguenza, può essere ritenuta anche in questa sede processualmente dimostrata, nel senso della probabilità preponderante, un'incapacità lavorativa del 100% dal 10 ottobre 2017 al 31 agosto 2018.

E. 9.2

Quanto alla residua capacità lavorativa a decorrere dal 1° settembre 2018, giova osservare che, mentre il servizio medico dell'UAIE e l'UAIE hanno ritenuto che l'insorgente presentasse una totale capacità lavorativa in qualsiasi attività, in particolare anche nella sua precedente d'impiegata d'ufficio, i medici che hanno visitato la paziente in Italia hanno tutti rilevato una perdurante incapacità lavorativa o perlomeno limitazioni funzionali gravi (cfr. a tal proposito - segnatamente - il verbale del 19 dicembre 2017 della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile del centro medico legale INPS di (...) [doc. 12], la perizia medica particolareggiata E213 del 5 giugno 2018 del dott. L._____ [doc. 11], il certificato medico del 5 novembre 2018 del dott. M._____ [doc. 58] e la relazione di consulenza tecnica d'ufficio medico-legale per il Tribunale di (...) del 30 maggio 2019 del dott. N._____ [doc. TAF 11]).

E. 9.3

A tal proposito, questo Tribunale rileva che l'apprezzamento del servizio medico dell'UAIE si basa - da un lato - sul generico assunto secondo cui, in mancanza di indizi per una recidiva tumorale, tre mesi dopo il termine dell'ultimo ciclo di chemioterapia si poteva partire dal presupposto che la precedente attività era nuovamente esercitabile a tempo pieno. Dall'altro lato, esso ha ritenuto - senza esaurienti precisazioni/motivazioni al riguardo - come senza effetto sulla residua capacità lavorativa le ulteriori affezioni, segnatamente la sindrome ansioso-depressiva, di cui appare soffrire l'insorgente secondo i certificati medici esibiti (doc. 50).

E. 9.4

Alla luce di quanto precede, questo Tribunale non ritiene - per i motivi che saranno esposti più in dettaglio di seguito - di potere conferire pieno valore probatorio alle valutazioni

effettuate per l'autorità inferiore dal suo servizio medico, né per quanto attiene alle diagnosi con incidenza sulla capacità lavorativa né in merito alla ritrovata piena capacità lavorativa a partire dal 1° settembre 2018 (cfr. presa di posizione medica del 6 ottobre 2018 [doc. 50], presa di posizione medica del 15 dicembre 2018 [doc. 64], presa di posizione medica dell'11 maggio 2019 e del 5 settembre 2019 [doc. TAF 8 e 13]). Gli accertamenti medici in merito sono lacunosi e superficiali e più che legittime anche le doglianze formulate dalla ricorrente quanto alle conclusioni - non sufficientemente consistenti - tratte dall'autorità inferiore sulla base della documentazione medica già agli atti.

E. 9.5.1

Per quel che concerne le affezioni oncologiche, dagli atti risulta che nella determinazione dei limiti funzionali e della ritrovata (piena) capacità lavorativa, il dott. B._____, che peraltro non è uno specialista del ramo, si è fondato principalmente sulla considerazione che dall'assenza di certificati attestanti una recidiva tumorale possa venir concluso per un rapido sviluppo positivo dell'affezione in parola (cfr. doc. 50). Tuttavia, sulla base della documentazione medica agli atti, le valutazioni del servizio medico dell'UAIE non risultano condivisibili e convincenti, basandosi le stesse su mere speculazioni/congetture senza riscontri oggettivi, peraltro in contrasto con le valutazioni di tre medici che hanno visitato personalmente la paziente. Da questo profilo, non soccorre l'UAIE la generica affermazione che la determinazione dell'invalidità in Italia si basa su un sistema completamente diverso. In effetti, benché l'invalidità sia un concetto economico-giuridico e non medico, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare le limitazioni funzionali e quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili ed a partire da quando (cfr. sentenza del TF 9C_790/2015 del 22 giugno 2016 consid. 6.2 con rinvii) e ciò anche se tali certificazioni mediche sono state redatte da un medico italiano. Questo Tribunale ritiene pertanto che tenuto conto del fatto che la valutazione sulla residua capacità lavorativa effettuata dal dott. B._____ relativamente ai problemi oncologici è poco convincente e appare in contrasto con quanto indicato dai medici in Italia, l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti appare insufficiente per permettere una conclusione consistente, nel senso della verosimiglianza preponderante, circa la ritrovata capacità lavorativa a tre mesi dall'ultimo ciclo di chemioterapia.

E. 9.5.2

Pertanto, risulta che l'autorità inferiore ha rinunciato a torto ad ordinare ulteriori approfondimenti oncologici prima di emanare la decisione impugnata, conto tenuto pure del quadro clinico che, sulla base della documentazione medica agli atti, appare più complessa di quanto ritenuto dal citato servizio medico.

E. 9.6

Per quel che attiene alla problematica depressiva lamentata dalla ricorrente, questo Tribunale rileva inoltre che, mentre il medico dell'UAIE e l'UAIE stesso hanno ritenuto come uniche diagnosi con effetto sulla capacità lavorativa gli esiti dell'intervento di emicolectomia (con susseguenti cicli di chemioterapia) ed una derivante polineuropatia, i medici italiani hanno regolarmente rilevato un tono dell'umore depresso, rispettivamente marcatamente depresso (cfr. in particolare doc. 12). Con certificato medico del 5 novembre 2018, il dott. M._____, ha inoltre segnalato che a causa dello stato ansioso-depressivo la paziente si trovava in terapia medica (doc. 58). Dal canto suo, il dott. B._____, ha invece

sempre considerato che l'affezione in parola non esplicasse alcun effetto sulla capacità lavorativa. Egli ha motivato tale conclusione indicando che dagli atti non sarebbero rilevabili esami dettagliati o indicazioni in merito al trattamento psicoterapeutico seguito (cfr. in particolare doc. TAF 13). Ora, anche in considerazione della patologia oncologica dell'insorgente, degli interventi subiti nonché dei trattamenti seguiti in tale ambito e naturalmente delle constatazioni di svariati medici che hanno visitato personalmente la ricorrente medesima in Italia (tono dell'umore da depresso a marcatamente depresso e conseguente limitazione delle risorse lavorative), il servizio medico dell'UAIE non può essere seguito laddove ritiene ragionevole pensare che si tratti di un disturbo leggero, rispettivamente senza influenza sulla capacità lavorativa, unicamente perché non è dimostrato che la ricorrente sia mai stata seguita da uno psichiatra o sia in trattamento farmacologico, tale conclusione fondandosi su generiche presunzioni fattuali inconsistenti dal momento che non trovano alcun riscontro oggettivo agli atti di causa (si confronti a tal riguardo anche il certificato del dott. M. _____ che ha fatto riferimento ad una terapia medica in corso [doc. 58]). Pertanto, anche per potersi determinare sullo stato di salute psichico della ricorrente, ed in particolare sui limiti funzionali e le ricorse personali della medesima, si imponeva pure una valutazione psichiatrica rispettosa della più recente giurisprudenza al riguardo (DTF 143 V 409 e 418 [procedura probatoria strutturata]. Peraltro, secondo tale giurisprudenza, ad una procedura probatoria strutturata può essere rinunciato unicamente a condizioni restrittive e sulla base di rapporti medici specialistici aventi piena forza probatoria (cfr., fra l'altro, DTF 125 V 351). Su tale questione, l'UAIE neppure si è espresso, tanto meno vi è agli atti una valutazione specialistica esauriente suscettibile di giustificare un motivo di rinuncia ad una procedura probatoria strutturata in ambito psichiatrico.

E. 9.7

Inoltre, questo Tribunale rileva che nel certificato medico del 5 novembre 2018 il dott. M. _____ ha pure posto le diagnosi di neuropatia periferica iatrogena (doc. 58), affezione poi confermata anche dal dott. B. _____ come diagnosi principale (insieme agli esiti dell'affezione oncologica) a partire dalla sua presa di posizione del 15 dicembre 2018 (doc. 64). Tuttavia, il dott. B. _____, del servizio medico dell'UAIE, non ha richiesto alcun esame specialistico in tale ambito, né spiegato per quale motivo una siffatta istruttoria non sarebbe stata necessaria prima di concludere ad un'assenza di effetti sulla residua capacità lavorativa dell'insorgente a partire dal 1° settembre 2018. Alla complessità della fattispecie, si aggiunge dunque anche una problematica neurologica. Ora, risultava e risulta evidente la necessità di far eseguire ulteriori accertamenti medici al riguardo da parte di uno specialista neurologo.

E. 10

Stante le premesse, l'autorità inferiore non ha accertato in maniera sufficiente i fatti giuridicamente rilevanti con riferimento ad una incapacità lavorativa anche successivamente al 31 agosto 2018. In simili condizioni, non risulta possibile per questo Tribunale determinarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute della ricorrente e sulla residua capacità dopo il 31 agosto 2018.

E. 11.1

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti incorre nell'annullamento. Gli atti di causa vanno pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda al necessario completamento dell'istruttoria - con una perizia interdisciplinare oncologica, neurologica e psichiatrica - riservato ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse ancora rendere necessario, ed emani una nuova decisione. Va peraltro precisato che la perizia interdisciplinare, da effettuarsi in Svizzera da parte di specialisti cognitivi delle esigenze giurisprudenziali in materia, deve tener conto, in particolare, anche dell'eventuale effetto congiunto delle diverse patologie di cui è affetta la ricorrente.

E. 11.2

Peraltro, stante le premesse, nulla - neppure la più recente giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) - si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza di tali accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute della ricorrente e sull'incidenza delle affezioni di cui soffre sulla sua capacità lavorativa. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (in particolare quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un accertamento peritale interdisciplinare in ambiti che non sono stati minimamente chiariti nella procedura di prima istanza, ma che lo avrebbero dovuto essere prima dell'emanazione della decisione litigiosa, gli elementi per dovere agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 [cfr., in particolare, il consid. 9 del presente giudizio]). Peraltro, il Tribunale federale ha già avuto modo pure di precisare che in virtù dell'art. 43 LPGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii).

E. 11.3

Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4), dal momento che nella decisione impugnata del 7 gennaio 2019 è stata respinta la domanda tendente all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità formulata dalla ricorrente.

E. 12.1

Visto l'esito del ricorso, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di CHF 800.-, versato il 30 marzo 2019 (doc. TAF 5), sarà restituito alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

E. 12.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da manda-tario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 2'000.- tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante della ricorrente (cfr., sulla questione, anche al sentenza del TAF C-4840/2016 del 9 febbraio 2018 consid. 16.2). L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)

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