



Corte III
C-4019/2019

Sentenza del 24 novembre 2020

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Caroline Bissegger,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____,
rappresentata dal Patronato INAS, c/o OCST,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità; domanda di rendita
(decisione del 14 giugno 2019).

Fatti:**A.**

A.a A. _____ (di seguito: assicurata, interessata, ricorrente o insorgente), cittadina italiana, nata il (...) 1979, divorziata, con figli, ha lavorato in Svizzera a partire da maggio 2001. Da ultimo è stata attiva presso la B. _____ SA di (...) (C. _____), in qualità di operaia tuttofare, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (cfr. doc. 5 e 18 e segg. dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito doc. A 5 e 18 e segg.]).

A.b A partire dal 3 aprile 2018, l'interessata è stata inabile al lavoro per malattia a causa di un'ernia discale con sciatalgia a sinistra. Tale affezione ha necessitato un intervento di microdiscectomia L5-S1, effettuato il 12 giugno 2018 (doc. 1 segg. dell'incarto dell'assicuratore malattia [di seguito doc. B 1 e segg.]).

B.

B.a Il 19 settembre 2018, per il tramite dell'assicuratore malattia D. _____, l'interessata ha trasmesso all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del cantone C. _____ (UAI-C. _____) una domanda di rendita d'invalidità svizzera. L'assicuratore malattia ha altresì trasmesso all'UAI-C. _____ il proprio incarto (doc. A 2 e segg.).

B.b A causa di persistenti dolori all'arto inferiore sinistro, il 4 dicembre 2018, l'assicurata si è sottoposta ad un intervento di separazione endoscopica di aderenze midollari e neuromodulazione gangliare L5-S1 a sinistra (doc. B 10 e segg.).

B.c Con rapporto del Servizio medico regionale (SMR) del 28 marzo 2019, il dott. E. _____, specialista in chirurgia, ha indicato di aver contattato telefonicamente l'interessata, la quale gli avrebbe comunicato che il 15 marzo 2019 terminava il ciclo di terapia antalgica con successivo ritorno ad un'attività adeguata presso il medesimo datore di lavoro. Egli ha inoltre evidenziato che, a dire dell'assicurata, la revisione chirurgica del 4 dicembre 2018 ha avuto un decorso regolare e senza complicazioni ma che persisteva algia residuale. Infine, il medico SMR ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di stato dopo micro-discectomia L5-S1 per lombo-sciatalgia sinistra (12 giugno 2018) e stato dopo revisione chirurgica per lisi aderenze il 4 dicembre 2018, attestando una totale e continua incapacità lavorativa nell'abituale attività di operaia a decorrere dal 3

aprile 2018. In attività adeguate, ha invece rilevato un'inabilità totale dal 3 aprile 2018 al 15 marzo 2019 ed una piena capacità lavorativa a decorrere dal 16 marzo 2019 (doc. A 22).

B.d Con progetto di decisione del 5 aprile 2019, l'UAI-C. _____ ha prospettato all'assicurata il respingimento della domanda di prestazioni, avendo constatato un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal 3 aprile 2018 al 15 marzo 2019 ed un pieno recupero della capacità lavorativa in attività adeguate a partire dal 16 marzo 2019. L'UAI-C. _____ ha ritenuto che non risultavano dunque adempiuti i presupposti per assegnare prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità (doc. A 24).

B.e Con messaggio di posta elettronica del 16 maggio 2019, l'assicurata ha trasmesso ulteriore documentazione medica, di cui si dirà in dettaglio nei considerandi in diritto (doc. A 27 e segg.).

B.f Con annotazione SMR del 28 maggio 2019, il dott. E. _____ ha considerato che dalla documentazione trasmessa dall'insorgente non risultavano elementi medici suscettibili di modificare le sue precedenti conclusioni del 28 marzo 2019 (doc. A 32).

B.g Con decisione del 14 giugno 2019, l'UAIE ha quindi respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità, ritenuta una totale incapacità lavorativa nell'abituale attività a decorrere dal 3 aprile 2018, ma una completa capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate a partire dal 16 marzo 2019. I referti RX rachide lombosacrale del 18 aprile 2019 e il referto TAC rachide lombosacrale del 12 aprile 2019 esibiti dalla ricorrente nelle sue osservazioni al progetto di sentenza non conterrebbero nuovi elementi che permetterebbero una modifica della presa di posizione del medico SMR (del 28 marzo 2019 [doc. A 34]).

C.

C.a Con atto del 9 agosto 2019, completato il 30 agosto 2019, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la succitata decisione dell'UAIE, mediante il quale ha chiesto l'accoglimento del gravame, l'annullamento della decisione impugnata ed il riconoscimento di un'incapacità lavorativa completa fino al 3 giugno 2019, un'invalidità (recte: incapacità lavorativa) del 50% dal 4 giugno 2019 al 4 agosto 2019 – periodo durante il quale avrebbe effettuato un tentativo di ripresa lavorativa al 50% con mansioni modificate – ed un'incapacità lavorativa del 100% a partire dal 5 agosto 2019. Dal profilo medico, la ricorrente ha in

particolare contestato il ritenuto miglioramento del suo stato di salute dal 16 marzo 2019. Ha pure censurato un errato calcolo del grado di invalidità, nel senso di una mancata applicazione del principio del parallelismo dei redditi, rispettivamente di una insufficiente deduzione giurisprudenziale (a suo giudizio da fissare al massimo possibile del 25%). L'insorgente ha peraltro prodotto diversi referti medici, segnatamente il referto del 10 maggio 2019 in cui il dott. F._____, neurochirurgo, ha indicato siccome opportuno un ulteriore intervento di stabilizzazione vertebrale (doc. TAF 1 e 5).

C.b Nella risposta al ricorso del 17 ottobre 2019, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. Rinviando al preavviso dell'UAI-C._____ del 14 ottobre 2019 e all'annotazione SMR del 23 settembre 2019, l'autorità inferiore ha osservato che la documentazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno, senza che siano necessari ulteriori accertamenti specialistici, e che i referti medici prodotti dalla ricorrente non attestano fatti nuovi, rispettivamente modifiche significative dello stato di salute, suscettibili di giustificare una diversa valutazione rispetto a quanto ritenuto nella la decisione impugnata. Per quel che attiene all'aspetto economico, l'UAI-C._____ ha confermato la correttezza della deduzione giurisprudenziale del 10% effettuata, non essendo presenti altri fattori di deduzione oltre a quello inerente all'esercizio di attività semplici e leggere con diverse limitazioni funzionali. Ha indicato altresì, qualora si volesse – per denegata ipotesi – procedere al parallelismo dei redditi di riferimento, che nulla muterebbe all'esito della lite, dal momento che anche in tale caso la ricorrente non presenterebbe un grado di invalidità pensionabile (doc. TAF 10).

C.c Con replica del 2 dicembre 2019, la ricorrente ha ribadito le proprie argomentazioni e conclusioni ricorsuali, evidenziando di aver già iniziato la prassi preoperatoria per un ulteriore intervento chirurgico di ALIF (Anterior Lumbar Interbody Fusion) in L5-S1 e di essere in attesa della convocazione per la menzionata operazione (doc. TAF 14).

C.d Con ordinanza del 6 dicembre 2019, è stata accordata all'UAIE la facoltà, qualora lo avesse ritenuto opportuno, d'inoltrare, entro il 21 gennaio 2020, un'eventuale duplica (doc. TAF 15), facoltà di cui non ha però fatto uso.

Diritto:**1.**

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).

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'UAIE.

1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} 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-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

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 – interposto tempestivamente (art. 60 LPGGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

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).

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).

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.

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).

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).

3.

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).

3.2 Nell'evenienza concreta, la domanda di prestazioni è stata presentata in data 19 settembre 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.

3.3 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 14 giugno 2019. 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).

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. A 5 e 18).

5.

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).

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).

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%.

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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

5.5 La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGA 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 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che

l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

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).

6.

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).

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]).

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).

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).

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).

7.

Nel caso concreto, occorre dapprima esaminare la questione di sapere se l'istruttoria effettuata dall'autorità inferiore sia sufficiente, o meno, per statuire – con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali – sullo stato di salute della ricorrente e sulla residua capacità lavorativa che ne deriva.

7.1 Stante i menzionati interventi di microdiscectomia L5-S1 (12 giugno 2018) e di separazione endoscopica di aderenze midollari e neuromodulazione gangliare L5-S1 a sinistra (4 dicembre 2018), con referto radiologico del 6 febbraio 2019 (doc. B 15) è stata rilevata una lieve retrolistesi di L5 che condiziona pseudo-protrusione discale circonferenziale L5-S1 caratterizzata da salienza mediana paramediana sinistra, in conflitto con la radice S1 nel tratto endocanalare. Con certificato medico del 26 febbraio 2019, il dott. G. _____, specialista in ortopedia, ha poi diagnosticato una recidiva

dell'ernia discale L5-S1 con dolori persistenti ed ha eseguito un'iniezione di anestetico nel canale vertebrale (doc. B 16). Il 15 marzo 2019, il dott. G. _____ ha poi confermato la recidiva dell'ernia discale L5-S1 con dolori persistenti ed ha nuovamente eseguito un'iniezione di anestetico nel canale vertebrale, consigliando inoltre esercizi di rinforzo, calo ponderale sotto controllo medico e un trattamento farmacologico con Gabaentin (doc. B 18).

7.2 Con rapporto SMR del 28 marzo 2019, il dott. E. _____, il quale non ha ritenuto necessario contattare il medico curante dell'assicurata, visitare la stessa e neppure far esperire una perizia esterna, ha indicato di averla contattata telefonicamente e che la stessa gli avrebbe comunicato che il 15 marzo 2019 terminava il ciclo di terapia antalgica con ritorno alla propria attività presso il medesimo datore di lavoro ma con richiesta di cambio di mansioni. Egli ha inoltre precisato che l'assicurata avrebbe riferito che alla revisione chirurgica del 4 dicembre 2018 è seguito un decorso regolare e senza complicazioni con tuttavia algia residuale in terapia antalgica in miglioramento. A tal proposito, il medico ha indicato che "appare ragionevolmente proponibile ed esigibile, considerando che la situazione clinica e le cure mediche instaurate permettono di definire una consolidazione dello stato di salute, in assenza di ulteriori argomenti clinici e/o elementi di giudizio tali da giustificare un ulteriore prolungo dell'incapacità lavorativa, attestare una CL medico-assicurativa del 100% dal 16.03.2019 continua e definitiva, ovvero dopo il termine delle cure antalgiche e un congruo periodo di convalescenza dall'ultima revisione chirurgica, per un'attività confacente rispettosa delle indicazioni e dei limiti funzionali e di carico sopracitati". Infine, il medico SMR ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di stato dopo micro-discectomia L5-S1 per lombo-sciatalgia sinistra (12 giugno 2018) e stato dopo revisione chirurgica per lisi aderenze il 4 dicembre 2018, attestando una totale e continua incapacità lavorativa nell'abituale attività di operaia dal 3 aprile 2018. In attività adeguate, ha invece rilevato un'inabilità totale dal 3 aprile 2018 al 15 marzo 2019 ed una piena capacità lavorativa a partire dal 16 marzo 2019. Quali risorse disponibili e limiti funzionali ha attestato che:

"Non può manipolare / utilizzare attrezzi medio-pesanti o vibranti.

Non può mai lavorare inginocchiata/accovacciata.

Deve evitare di salire / scendere ripetutamente da rampe di scale e mai su scale a pioli o impalcature.

Deve evitare la flessione-estensione del tronco e comunque non deve mai essere ripetitiva/continuativa.

Può mantenere la posizione seduta e inclinata in avanti così come quella in piedi e inclinata in avanti con cambi di postura secondo bisogno.

Può camminare su terreni piani in continuo senza limitazioni.

Può sollevare e trasportare pesi fino a 10Kg all'altezza del tronco; sollevare pesi oltre il livello della testa: massimo 5 Kg ma mai ripetitivamente.

Può guidare autoveicoli di cat. 1.

Indicata attività molto leggera / leggera semi-sedentaria, manuale o non manuale che rispetti l'ergonomia del rachide lombare e dove si possa sempre variare la postura al bisogno.

Detti limiti funzionali e di carico sono applicabili sia durante le ore lavorative, sia durante il tempo libero.

Vi sono dunque risorse fisiche che permettono una reintegrazione professionale" (doc. A 22).

7.3 Con certificato parzialmente illeggibile del 4 aprile 2019, il dott. F. _____, neurochirurgo, ha consigliato ulteriori approfondimenti (Rx lombo-sacrale e TAC lombare) e susseguente rivalutazione (doc. TAF 1).

7.4 A seguito di una TAC del rachide lombosacrale del 12 aprile 2019, il dott. H. _____, neuroradiologo, ha rilevato regolare allineamento dei metameri lombari, senza alterazioni ossee strutturali, e regolare ampiezza e segnale intrinseco dei dischi intersomatici L1-L2, L2-L3, L3-L4 e L4-L5 senza ernie discali. Infine, il medico ha riscontrato "riduzione di ampiezza a destra del disco L5-S1; si apprezza protrusione circonferenziale del disco L5-S1 che impronta appena il profilo anteriore del sacco meningeo con prevalenza sinistra e sporge nel pavimento dei canali di coniugazione" (doc. A 29).

7.5 Con esame radiologico del rachide lombo sacrale del 18 aprile 2019, il dott. I. _____, radiologo, ha indicato di non aver rilevato alterazioni osteo-strutturali focali di pertinenza dei metameri, che mostrano una riduzione netta della fisiologica lordosi, di non aver apprezzato dislocazioni patologiche dei metameri ma una significativa riduzione dello spazio intersomatico L5-S1 per verosimile discopatia (doc. A 29).

7.6 Preso atto delle risultanze della TAC e dell'esame radiologico menzionati, con breve aggiornamento medico del 10 maggio 2019, il dott. F. _____ ha proposto un nuovo intervento chirurgico di ALIF L5-S1 (doc. TAF 1).

7.7 Con annotazione SMR del 28 maggio 2019, il dott. E. _____ ha indicato di aver visionato i menzionati referti dei dott. i H. _____ e I. _____, confermando tuttavia le sue conclusioni di cui al rapporto SMR del 28 marzo 2019 (doc. A 32).

7.8 Con referto del 9 agosto 2019, il dott. L. _____, specialista in ortopedia, ha certificato che dal 16 marzo 2019 l'assicurata soffriva della situazione patologica seguente: "grave limitazione della mobilità del rachide lombare con zoppia e intensa contrattura muscolare con deficit della forza muscolare dell'arto inferiore sinistro. Per tali motivi faceva uso costante di analgesici e cortisonici, di busto ortopedico e integratori nervi periferici". Egli ha poi ricordato che il dott. F. _____ ha ritenuto indicato procedere ad un ulteriore intervento di stabilizzazione vertebrale. Infine, lo specialista ha indicato di non ritenere che l'assicurata fosse idonea ad un'attività lavorativa dal 16 marzo 2019 e questo fino all'effettiva ripresa dell'attività lavorativa (doc. TAF 1).

7.9 Con annotazione SMR del 23 settembre 2019, il dott. E. _____ ha nuovamente confermato le conclusioni del rapporto SMR del 28 marzo 2019. Ha in particolare indicato che i certificati prodotti rivelano una discrepanza tra i dati oggettivi e soggettivi, in quanto durante il colloquio telefonico con l'assicurata non sarebbero emerse ulteriori problematiche ma al contrario un netto miglioramento clinico. Inoltre, ha indicato che i medici curanti non hanno basato le loro conclusioni su esami obiettivi e di non condividere la proposta del dott. F. _____ di procedere ad un ulteriore intervento chirurgico di stabilizzazione vertebrale (doc. TAF 10).

8.

8.1 Questo Tribunale rileva preliminarmente che è incontestato – né ad un esame d'ufficio degli atti di causa emergono elementi atti a mettere seriamente in dubbio tale circostanza – che dal 3 aprile 2018 fino al 15 marzo 2019 la ricorrente era totalmente inabile in qualsiasi attività già solo in virtù dell'ernia discale e dei conseguenti interventi chirurgici di giugno e dicembre 2018. Per conseguenza, nel periodo menzionato, può essere ritenuta anche in questa sede processualmente dimostrata, nel senso della probabilità preponderante, un'incapacità lavorativa del 100%.

8.2 Quanto alla residua capacità lavorativa a decorrere dal 16 marzo 2019, giova osservare che, mentre il medico SMR e l'UAIE hanno ritenuto che l'insorgente presentasse una totale capacità lavorativa in attività adeguate, i medici che hanno visitato la paziente in Italia hanno rilevato un conflitto con la radice S1 nel tratto endocanalare, una recidiva dell'ernia discale L5-S1 con perduranti dolori, la necessità di ulteriori cure e di un intervento chirurgico di stabilizzazione vertebrale (cfr. a tal proposito – segnatamente – il referto radiologico del 6 febbraio 2019 [doc. B. 15], il certificato del dott. G. _____ del 15 marzo 2019 [doc. B 18], i referti del 4 aprile e del 10 maggio 2019 del dott. F. _____ [doc. TAF 1] e il referto del 9 agosto 2019 del dott. L. _____ [doc. TAF 1]). Da tale documentazione medica non appare sussistere alcun miglioramento significativo dello stato di salute della ricorrente e dunque della sua totale incapacità lavorativa perlomeno fino a giugno del 2019.

8.2.1 Questo Tribunale rileva che l'apprezzamento del medico SMR si basa – principalmente – sull'esame degli atti di causa e su quanto gli avrebbe riferito l'assicurata stessa durante un colloquio telefonico (non vi è però agli atti di causa una specifica nota riassuntiva di tale colloquio [tanto meno è stata data occasione alla ricorrente di esprimersi sul contenuto delle informazioni telefoniche che avrebbe fornito al medico SMR]). Secondo il medico SMR, sulla base degli atti di causa e di quanto esposto dall'insorgente, si poteva concludere che un'attività adeguata era nuovamente esercitabile a tempo pieno dal giorno successivo alla fine della terapia antalgica il 15 marzo 2019. Tuttavia, sulla base delle risultanze processuali fino al momento della pronuncia della decisione litigiosa, ma anche di quelle acquisite successivamente relative al periodo determinante, non è assolutamente consentito concludere, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che lo stato di salute della ricorrente poteva considerarsi stabilizzato al 16 marzo 2019, tanto meno nel senso di una ritrovata capacità lavorativa del 100% in attività sostitutive adeguate. Può essere in particolare rilevato che il medico SMR – che peraltro non ha mai visitato personalmente l'insorgente o consultato uno dei diversi specialisti che l'hanno avuto in cura, e non ha neppure indicato in dettaglio nel suo rapporto del 28 marzo 2019 i documenti medici che avrebbe esaminato per giungere alla sua conclusione – non ha in particolare fornito intelligibili, esaurienti e convincenti motivazioni né quanto all'evocata stabilizzazione delle affezioni di cui soffre l'insorgente né in merito alla ritrovata totale capacità lavorativa della medesima in attività sostitutive adeguate dal 16 marzo 2019. Dagli atti di causa emergono per contro concreti indizi in senso contrario che non possono certo definirsi inconsi-

stenti o non necessitanti ulteriori approfondimenti specialistici. Basti qui richiamare i rapporti medici prodotti dalla ricorrente menzionati al considerando 8.2 del presente giudizio che imponevano ed impongono un approfondimento specialistico interdisciplinare (perizia ortopedico/reumatologica e neurologica) al fine della determinazione, appunto con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, dello stato di salute della ricorrente e dell'influsso delle affezioni ritenute sulla residua capacità lavorativa, per quanto attiene in particolare al menzionato conflitto con la radice S1, alla recidiva dell'ernia discale L5-S1 con perduranti dolori, alla necessità di ulteriori cure e di un intervento chirurgico di stabilizzazione vertebrale (per il quale l'insorgente era peraltro in attesa di una convocazione presso l'Ospedale M. _____). In altri termini, in assenza di tali necessari approfondimenti medico-specialistici, non era né è possibile affermare che lo stato di salute della ricorrente si è stabilizzato a decorrere dal 16 marzo 2019 e che da tale data la medesima è in grado di esercitare un'attività sostitutiva adeguata nella misura del 100%. Non soccorrono peraltro l'autorità inferiore le generiche allegazioni del medico SMR (cfr. rapporto SMR del 28 marzo 2019 [doc. A 22], annotazione SMR del 28 maggio 2019 [doc. A 32] e annotazione SMR del 23 settembre 2019 [doc. TAF 10]) secondo cui, da un lato, i medici curanti non avrebbero basato le loro conclusioni sui necessari esami oggettivi (ciò che, perlomeno in tale forma assoluta, appare persino contrario alle risultanze processuali) e, dall'altro lato, che non condividerebbe gli approcci terapeutici proposti, ciò che sicuramente non può di per sé giustificare la rinuncia all'effettuazione della necessaria istruttoria in merito alle problematiche/affezioni evidenziate dai medici specialisti interpellati dalla ricorrente che l'autorità deve esperire d'ufficio (art. 57 e 59 LAI in combinazione con l'art. 43 LPGGA).

8.2.2 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 SMR, segnatamente in merito alla stabilizzazione dello stato di salute e alla ritrovata piena capacità lavorativa a partire dal 16 marzo 2019 (il quadro clinico apparendo più complesso di quanto ritenuto dal medico SMR). Gli accertamenti medici in merito sono lacunosi e superficiali e legittime le doglianze formulate dalla ricorrente quanto alle conclusioni – non sufficientemente consistenti – tratte dall'autorità inferiore sulla base della documentazione medica agli atti. Pertanto, risulta che l'autorità inferiore ha rinunciato a torto ad ordinare ulteriori approfondimenti specialistici prima di emanare la decisione impugnata. Ciò premesso, va altresì ancora rilevato che, contrariamente a quanto preteso dalla ricorrente, non è possibile statuire nella presente fattispecie nel senso da lei richiesto con il grado della verosimiglianza

preponderante senza prima procedere alla menzionata necessaria istruttoria complementare, tanto meno in virtù del generico certificato medico del dott. L. _____ del 9 agosto 2019 (doc. TAF 1).

9.

9.1 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 specialistica in ortopedia/reumatologia e neurologia da effettuarsi in Svizzera (con esperti cogniti delle esigenze anche giurisprudenziali in materia vigenti nel nostro Paese e che si esprimano, fra l'altro, anche sull'eventuale effetto congiunto delle diverse patologie) – 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 (v., sulla questione, la sentenza del TAF C-945/2019 del 31 agosto 2020 consid. 11.1).

9.2 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 l'esperimento di una perizia mai effettuata e chiaramente necessaria per potersi determinare nel caso in esame con cognizione di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 [cfr., in particolare, il consid. 8 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 comple-

mentare. 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).

9.3 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 14 giugno 2019 è stata respinta la domanda tendente all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità formulata dalla ricorrente.

10.

Nel gravame del 9/30 agosto 2019, la ricorrente ha altresì censurato il raffronto dei redditi effettuato dall'autorità inferiore, segnatamente l'assenza di parallelizzazione dei redditi posti a confronto ed un'insufficiente riduzione giurisprudenziale (doc. TAF 5). Stante l'esito della presente lite, tali questioni possono essere lasciate indecise nella presente fattispecie. Giova però rammentare che – a seconda del risultato degli ulteriori accertamenti medici – l'UAIE dovrà esaminare nuovamente tali questioni e dare alla ricorrente la possibilità di esprimersi al riguardo prima della pronuncia della nuova decisione.

11.

11.1 Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA).

11.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. 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 completamento 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 1'000.- tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante della ricorrente (cfr., sulla questione del diritto a

ripetibili da parte del Patronato, le sentenze del TF 9C_301/2009 del 14 aprile 2010 consid. 4.3 e I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 3 nonché, fra le tante, la sentenza del TAF C-174/2019 del 24 luglio 2020 10.2). L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

11.3 La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali (cfr. atto ricorsuale del 30 agosto 2019 pag. 5), è pertanto divenuta priva di oggetto (cfr. sulla questione, fra le tante, la sentenza del TAF C-174/2019 del 24 luglio 2020 10.3 con rinvio).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto nel senso che la decisione del 14 giugno 2019 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

L'UAIE rifonderà alla ricorrente CHF 1'000.- a titolo di spese ripetibili.

4.

La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali, è divenuta priva d'oggetto.

5.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (Atto giudiziario),
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; Raccomandata),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata).

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Vito Valenti

Oliver Engel

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: