



---

Corte III  
C-6319/2016

## **Sentenza del 22 agosto 2018**

---

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),  
Beat Weber, Caroline Bissegger,  
cancelliere Luca Rossi.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
rappresentata dall'Istituto Nazionale Confederale di  
Assistenza,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, diritto alla rendita (decisione  
del 14 settembre 2016).

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_, cittadina italiana, nata il (...), residente a B.\_\_\_\_\_ (IT), dal mese di luglio 2011 ha lavorato in Svizzera come frontaliera, in qualità assistente di cura a domicilio, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 7, 21 e 26 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [in seguito UAIE]).

**B.**

**B.a** Il 4 febbraio 2014, nell'esecuzione delle proprie mansioni, A.\_\_\_\_\_ è scivolata sulla strada ghiacciata e, rovinando a terra, ha battuto la schiena e la testa (doc. 28). A seguito dell'infortunio l'interessata è stata sottoposta a esami strumentali e visitata a più riprese da parte di specialisti in ambito neurologico, chirurgico e otorinolaringoiatrico, di cui si dirà, se del caso, in diritto (doc. 13-14, 17-18, 28). Il caso è stato annunciato il 31 marzo 2014 all'assicuratore contro gli infortuni C.\_\_\_\_\_ che ha preso a carico le spese di cura e il versamento delle indennità giornaliere (doc. 27 e 28 p. 5). Da allora è stato prescritto un prolungato periodo di inabilità lavorativa (doc. 28 pp. 57, 67, 70, 81, 96, 101, 150, 155, 157-160), che ha indotto il datore di lavoro a disdire il contratto di lavoro per il 31 aprile 2014 (doc. 29 p. 8 e 28 pp. 32-35).

**B.b** In data 22 maggio 2014 l'interessata è stata vittima di un ulteriore infortunio in occasione del quale si è procurata una frattura trimalleolare della caviglia destra con sublussazione posteriore (doc. 11), operata il 23 maggio 2014 presso la Clinica D.\_\_\_\_\_ con una prognosi di 6-8 settimane (doc. 12). Dall'11 agosto 2014, per i soli postumi dell'infortunio alla caviglia, l'assicurata è stata considerata nuovamente abile al 100% (doc. 28 p. 58). Il decorso è stato soddisfacente e senza particolari complicazioni e l'8 gennaio 2015 sono stati rimossi i mezzi di osteosintesi (doc. 15).

**B.c**

**B.c.a** In relazione alle sole conseguenze del primo infortunio, C.\_\_\_\_\_ ha emesso la decisione del 2 luglio 2014 (doc. 28 p. 52-53), fondandosi sulla valutazione del 26 giugno 2014 del dr. E.\_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica (doc. 28 p. 49-50). A fronte dell'opposizione dell'assicurata e della nuova documentazione medica prodotta (doc. 28 pp. 63 segg.), è stata quindi ordinata l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare in neurologia, ortopedia/traumatologia, psichiatria e otorinolaringoiatria presso il

centro F.\_\_\_\_\_ AG. Dal rapporto del 3 agosto 2015 – i cui dettagli verranno esposti nei considerandi in diritto – è emerso che nessun ulteriore trattamento avrebbe potuto apportare un sensibile miglioramento dello stato di salute dell'assicurata, che all'epoca delle valutazioni specialistiche, è stata considerata dai periti interamente abile al lavoro in qualsiasi attività (doc. 28 pp.162-218).

**B.c.b** Nel nuovo apprezzamento del 13 agosto 2015 il dr. E.\_\_\_\_\_ ha sostanzialmente riportato le conclusioni dei periti dello F.\_\_\_\_\_ AG (doc. 28 p. 219).

**B.c.c** Con la decisione su opposizione del 30 ottobre 2015, in relazione alle sole conseguenze del sinistro del 4 febbraio 2014 C.\_\_\_\_\_ ha riconosciuto all'opponente indennità giornaliera fino al 4 giugno 2014 (ritenendo raggiunto lo status quo sine a quattro mesi dall'evento) e la presa a carico delle spese di cura fino al 24 novembre 2014 (doc. 28 pp. 225-230 consid. 9-10).

## **C.**

**C.a** In data 18 novembre 2015 A.\_\_\_\_\_ ha formulato all'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale di G.\_\_\_\_\_ (in seguito: INPS) la "domanda di pensione ordinaria d'inabilità" (doc. 1). Per il tramite dell'Istituto Nazionale Confederale di Assistenza (in seguito: INCA) il 27 novembre 2015 essa ha inoltre presentato alla Cassa svizzera di compensazione AVS una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1-3).

**C.b** Come da richiesta dell'UAIE, il 2 febbraio 2016 sono stati trasmessi da parte dell'INPS i moduli E204 del 12 gennaio 2016 (doc. 6), E207 del 12 gennaio 2016 (doc. 7), E205 del 22 febbraio 2016 (doc. 26), nonché differenti atti medici relativi al periodo compreso fra il 2013 e 2014 (doc. 8-14) e al 2015 (doc. 15-18). È stata inoltre prodotta la perizia E213 dell'11 dicembre 2015 della dr.ssa H.\_\_\_\_\_, la cui specializzazione non è nota, secondo la quale dall'assicurata è esigibile, a partire dal giorno dell'esame, una ripresa lavorativa nella misura del 50-60% nella professione abituale di assistente di cura o del 100% in un'attività leggera rispettosa dei limiti funzionali (doc. 19).

**C.c** L'UAIE ha inoltre assunto agli atti l'incarto dell'assicuratore contro gli infortuni C.\_\_\_\_\_ (doc. 28), nonché i questionari per il datore di lavoro (doc. 29) e per l'assicurato (doc. 33-34).

**D.**

**D.a** L'incarto è stato quindi sottoposto al dr. I.\_\_\_\_\_, medico generalista del SMR, che nel rapporto finale del 30 marzo 2016, facendo proprie le valutazioni espresse nella perizia pluridisciplinare dello F.\_\_\_\_\_ AG, ha riscontrato un'inabilità lavorativa al 100% dal 4 febbraio 2014 fino al 1° luglio 2015, dopodiché ha considerato l'interessata reintegrabile in misura completa nel mondo del lavoro, sia nell'attività abituale, che in una sostitutiva (doc. 30).

**D.b** Sulla scorta della documentazione raccolta, l'UAIE ha dunque constatato che, sebbene il diritto alla rendita avrebbe già potuto sorgere il 4 febbraio 2015 (trascorso l'anno d'attesa prescritto dall'art. 28 LAI), in ragione della tardività della domanda, depositata dalla ricorrente unicamente il 18 novembre 2015, il versamento della rendita avrebbe potuto avvenire, al più presto, il 1° maggio 2016 (ex art. 29 cpv. 1 LAI). Accertato che a tale data l'assicurata non presentava più (da tempo) alcuna incapacità di guadagno, l'amministrazione ha pertanto negato il diritto alla rendita con progetto di decisione del 4 aprile 2016 (doc. 43).

**D.c** Con osservazioni del 3 maggio 2016 l'insorgente ha chiesto all'autorità inferiore di rivalutare il caso e a tale scopo ha trasmesso il certificato medico del 26 aprile 2016 del dr. J.\_\_\_\_\_, la cui specializzazione non è nota (doc. 47-48). Successivamente essa ha prodotto ulteriori atti medici (doc. 61, 70-71, 72) e convocazioni per accertamenti specialistici (62, 65-66, 74).

Riguardo alla nuova documentazione sanitaria, il dr. I.\_\_\_\_\_ ha indicato dapprima nell'avviso SMR del 30 maggio 2016 (doc. 53), in seguito in quello del 6 settembre 2016 (doc. 77) di non aver riscontrato alcun nuovo elemento suscettibile di mettere in dubbio la valutazione del caso esposta nel rapporto finale del 30 marzo 2016 (doc. 30).

**D.d** Con decisione del 14 settembre 2016 l'UAIE ha quindi confermato il progetto di decisione e respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurata (doc. 78-79).

**E.**

Con ricorso depositato il 13 ottobre 2016 (doc. TAF 1 e allegati) A.\_\_\_\_\_, sempre rappresentata dal summenzionato patronato, ha chiesto l'annullamento della decisione e postulato il riconoscimento del diritto a una rendita intera di invalidità a partire dal 1° maggio 2016, riservandosi di produrre in

corso di causa la documentazione specialistica a supporto della propria richiesta.

Invitata a versare l'anticipo delle presunte spese processuali (doc. TAF 2), con il complemento del 11 novembre 2016, l'insorgente ha chiesto l'esonero dal pagamento delle spese giudiziarie (doc. TAF 3).

**F.**

Nella risposta del 13 gennaio 2017 l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato, ribadendo che, a fronte di un'abilità lavorativa al 100% attestata dagli atti medici a partire dal 2 luglio 2014, non era riscontrabile alcun discapito economico al 1° maggio 2016, momento in cui al più presto avrebbe potuto sorgere il diritto alla rendita (doc. TAF 9).

**G.**

Non essendo stato prodotto alcun nuovo referto unitamente alla lapidaria replica del 31 gennaio 2017 (doc. TAF 11), la Giudice dell'istruzione ha staccato alla ricorrente un ultimo termine per trasmettere la documentazione specialistica inizialmente prospettata nel memoriale di ricorso (doc. TAF 12).

**H.**

Con osservazioni del 26 febbraio 2017 (doc. TAF 13), poi completate il 21 marzo 2017 (doc. TAF 15), l'interessata ha quindi trasmesso i referti dei recenti accertamenti specialistici in ambito oculistico, neurologico e chirurgico, oltre al verbale INPS dal quale emerge che ai sensi del diritto italiano essa è invalida al 74%.

**I.**

Con presa di posizione del 4 maggio 2017 l'UAIE si è riconfermata nella richiesta di reiezione del ricorso. Rinviando all'annotazione del SMR del 18 aprile 2017 del dr. I. \_\_\_\_\_, essa ha poi indicato che le diagnosi inedite emerse dalla nuova documentazione, siccome posteriori alla decisione impugnata, non devono essere prese in conto nell'ambito della presente vertenza, ma essere, se del caso, trattate in occasione di una nuova domanda (doc. TAF 17).

**J.**

**J.a** Con le osservazioni del 29 maggio 2017 (doc. TAF 19), completate il 30 maggio 2017 (doc. TAF 20), la ricorrente ha prodotto ulteriore documentazione medica, in parte cartacea in parte su supporto CD-ROM, relativa alla problematica all'anca destra, al piede destro e a quello sinistro, all'ernia discale operata nel 2001, nonché al rachide cervicale e lombare.

**J.b** Non essendo accessibile parte dei documenti contenuti sui CD-ROM forniti dalla Clinica D.\_\_\_\_\_, l'insorgente è stata invitata a trasmettere i mezzi probatori in un formato leggibile (doc. TAF 21).

Con scritto del 30 giugno 2017 (doc. TAF 22) e del 27 luglio 2017 (doc. TAF 24) essa ha quindi prodotto gli atti medici in parola.

**K.**

Sulla scorta della valutazione SMR del 12 settembre 2017, nella quale il dr. K.\_\_\_\_\_, specialista in medicina fisica e riabilitazione ha confermato le precedenti valutazioni del dr. I.\_\_\_\_\_, ritenendo che la nuova documentazione medica non apportasse elementi nuovi in precedenza non noti, l'UAIE si è riconfermata nella propria posizione, proponendo la reiezione del ricorso (doc. TAF 28).

Invitata ad esprimersi, la ricorrente ha a sua volta ribadito la propria tesi (doc. TAF 35).

**L.**

Con decisione incidentale del 2 novembre 2017 (doc. TAF 30) la domanda di assistenza giudiziaria è stata respinta. La ricorrente ha fatto fronte al versamento dell'anticipo di Fr. 800.-, corrispondente alle presunte spese processuali in data 23 novembre 2017 (doc. TAF 32-33).

**Diritto:****1.**

**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).

**1.2** Secondo l'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> 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-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

**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) e l'acconto spese è stato regolarmente saldato (doc. TAF 11, 12, 14, 15, 17).

## **2.**

### **2.1**

**2.1.1** 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.

**2.1.2** 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).

**2.1.3** 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.

**2.1.4** 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).

**2.1.5** Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre 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).

## **2.2**

**2.2.1** 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).

**2.2.2** Nell'evenienza concreta, la decisione impugnata, con cui è stata respinta la richiesta di prestazioni AI del 18 novembre 2015, è stata emessa il 14 settembre 2016. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6<sup>a</sup> revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali

modifiche entrate in vigore successivamente, ritenuto che il diritto alle prestazioni di invalidità avrebbe potuto sorgere al più presto il 1° maggio 2016 (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI, cfr. consid. C.a).

### 3.

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

### 4.

Oggetto del contendere, nel caso concreto, è il mancato riconoscimento del diritto a una rendita intera di invalidità a partire dal 1° maggio 2016. La decorrenza è per contro incontestata (cfr. consid. D.b).

**4.1** Stando agli accertamenti a cui si riferisce l'autorità inferiore, a decorrere dal 2 luglio 2015 la ricorrente risulta essere interamente abile al lavoro sia nell'attività abituale che in una sostitutiva, ragione per cui al momento dell'eventuale nascita del diritto alla rendita, il 1° maggio 2016, nessun'invalidità è più riscontrabile.

**4.2** La ricorrente, dal canto suo, fondandosi sulla documentazione medica prodotta in corso di causa, contesta le valutazioni peritali dello F. \_\_\_\_\_ AG e del SMR, ritenendo assodato il persistere a tutt'oggi di un'inabilità lavorativa completa in qualsiasi attività e pertanto il diritto a una rendita intera. Infine si è rimessa al giudizio di questo Tribunale quanto all'esecuzione di una nuova perizia medica in sede giudiziaria (doc. TAF 19).

### 5.

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la

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

## **6.**

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

**6.2** 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 LPGa) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

**6.3** 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). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGa), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

**6.4** Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 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. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è oggettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

**6.5** 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). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 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). In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

**6.6** 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).

Se inoltre in DTF 126 V 288 il TF ha relativizzato il carattere vincolante di una valutazione dell'invalidità passata in giudicato nei confronti di un assicuratore contro gli infortuni nel senso che una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità entrava in linea di conto eccezionalmente e a condizione che sussistessero motivi pertinenti, in DTF 133 V 549 il Tribunale federale (TF) ha precisato la propria giurisprudenza concludendo che la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni non vincola l'assicurazione per l'invalidità ai sensi della precedente giurisprudenza (DTF 126 V 288) e, di conseguenza, l'Ufficio AI non è legittimato a interporre opposizione, rispettivamente ricorso, contro la decisione, rispettivamente contro la decisione su opposizione, dell'assicuratore infortuni sulla questione del diritto alla rendita in quanto tale o sul grado d'invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; sentenza del TF 9C\_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 10).

## **7.**

**7.1** Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPG), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio gli accertamenti necessari e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

**7.2** 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).

## **8.**

### **8.1**

**8.1.1** Dalla perizia pluridisciplinare del 3 agosto 2015 dello F.\_\_\_\_\_ AG sono emerse le seguenti diagnosi rilevanti da un punto di vista infortunistico (doc. 28 p. 174 segg.):

- Status dopo trauma cranico del 4 febbraio 2014 senza concreti segni di commozione cerebrale (MTBI);
- Contusione vestibolare a sinistra, con:
  - o Raggiunta normalizzazione delle funzioni periferico-vestibolari oggettivabili;
  - o Persistenza di tinnito a sinistra;
  - o Disturbo vertiginoso soggettivo.

Nonché le seguenti diagnosi non rilevanti sotto il profilo infortunistico, ossia quelle extrainfortunistiche (doc. 28 p. 175):

- Sindrome doloroso spondilogeno cronica a sinistra con leggera limitazione funzionale;
- disturbo funzionale residuo dell'articolazione tibiotarsale destra in esito da intervento chirurgico del 28.5.2014 per frattura trimalleolare – dopo caduta accidentale il 23.5.2014 (ndr.) – e rimozione dei mezzi di osteosintesi nel gennaio 2015 con persistente edema linfatico;
- sindrome cervico-vertebrale cronica con leggera fino a media limitazione funzionale.

**8.1.2** Dal punto di vista neurologico, è stata esclusa la presenza di una commozione cerebrale. A mente del dr. L.\_\_\_\_\_, specialista in neurologia, in occasione del sinistro l'assicurata ha subito un trauma cranico, giustificante un'incapacità lavorativa non superiore alle tre settimane. I persistenti disturbi lamentati dalla ricorrente così come le autolimitazioni in relazione con attività pesanti non sono dal punto di vista neurologico né oggettivabili, né giustificate (doc. 28, pp.170-171, 177, 188 segg).

**8.1.3** Dal punto di vista ortopedico, il dr. M.\_\_\_\_\_, specialista in ortopedia e traumatologia, ha riscontrato solo una leggera limitazione funzionale alle vertebre lombari, riconducibile ai tre interventi all'altezza dei segmenti L5 destra (1985), L4 sinistra (1994) e L4 destra (2001), nonché all'ernia del disco all'altezza L3/L4 diagnosticata posteriormente all'infortunio del 4 febbraio 2014 (cfr. doc. 36-37). Quest'ultima problematica, oltre a non essere in relazione causale con l'evento traumatico, è stata considerata dal perito priva di rilevanza clinica (nessuna irritazione radicolare), ragione per cui quest'ultimo, al più tardi quattro mesi dopo il sinistro, ha ritenuto esigibile la ripresa dell'abituale attività lavorativa nel rispetto dei limiti funzionali indicati (doc. 28, pp. 171, 177, 200-201)

**8.1.4** Da parte del dr. N.\_\_\_\_\_, specialista in psichiatria, è stata per contro esclusa la presenza di problematiche di natura psichiatrica come pure

di fattori somatici limitanti la capacità lavorativa nell'abituale attività di aiuto domestico (doc. 28 pp. 178-179, 210-211). Proprio per questo un trattamento psichiatrico-psicoterapeutico non è stato ritenuto necessario (doc. 28, p. 183).

**8.1.5** A mente del dr. O.\_\_\_\_\_, specialista in otorinolaringoiatria, infine, sia la persistenza del tinnito all'orecchio sinistro, che del senso di vertigine lamentati dalla ricorrente non risultano essere oggettivabili né riconducibili all'infortunio del 4 febbraio 2014. Dal punto di vista strettamente otorinolaringoiatrico, non è stata quindi riscontrato alcun impedimento alla ripresa lavorativa (doc. 28, pp. 173-174, 216).

**8.1.6** Nella valutazione congiunta i periti hanno ritenuto esigibile, sia da un punto di vista infortunistico che extra-infortunistico, lo svolgimento da parte dell'interessata di un'attività leggera fino a medio-pesante, con possibilità di sollevare e trasportare pesi fino a 15 kg. I limiti funzionali riscontrati sono stati ritenuti compatibili con l'esercizio dell'abituale attività lavorativa nella quale l'assicurata è stata ritenuta sin dalle valutazioni specialistiche di luglio 2015 abile al 100% sull'arco di un'intera giornata, grado valido anche per un'attività sostitutiva (doc. 28 pp. 176-177, 181, 184). I periti hanno inoltre segnalato che le conseguenze della frattura trimalleolare del 23 maggio 2014, non hanno attualmente nessun influsso sulla sintomatologia lamentata dall'assicurata (doc. 28 p. 179).

**8.2** Nella perizia medica particolareggiata E213 dell'11 dicembre 2015, prodotta dall'assicurata nell'ambito della domanda di prestazioni, la dr.ssa H.\_\_\_\_\_, la cui specializzazione non è nota, ha posto le seguenti diagnosi (doc. 19, p. 7):

- Lombosciatologia sinistra in plurime e remote discectomie (1985-1994-2001), documentata discartrosi del rachide da D11 a S1 con discopatia serrata a L4-L5, piccola protrusione discale L5-S1 ed ernia discale espulsa L3-L4:
  - o ICD 72210 – Ernia del disco intervertebrale lombare senza miolopatia
  - o ICD 7224 – Discopatia cervicale
- Sindrome vertiginosa post-traumatica con ipoacusia percettiva per le alte frequenze a destra, ipoacusia mista sinistra di probabile origine post-traumatica:
  - o ICD 386 – sindrome vertiginose ed altri disturbi del sistema vestibolare

- Frattura trimalleolare della caviglia dx con sublussazione posteriore (maggio 2014).

La dr.ssa H.\_\_\_\_\_ ha quindi descritto una situazione stazionaria, nonostante il decorso segnato da cronicità e riacutizzazione dei disturbi con necessità di terapie specifiche e controlli periodici (doc. 19, p. 7).

Essa ha quindi ritenuto l'interessata in grado di svolgere un'attività leggera, non richiedente frequenti flessioni, il sollevamento e il trasporto di pesi, né l'utilizzo di piani inclinati o scale da eseguire al riparo da freddo e umidità (doc. 19, pp. 7-8). A fronte dei limiti funzionali descritti, a partire dal momento dell'esame clinico, ossia dall'11 dicembre 2015, la dr.ssa H.\_\_\_\_\_ ha considerato l'assicurata in grado di riprendere la precedente professione di assistente familiare/domestica nella misura di 4 ore al giorno; in una un'attività leggera e senza impegno osteoarticolare, a partire dalla stessa data, essa ha per contro ritenuto l'interessata interamente abile al lavoro (doc. 19, p. 9).

**8.3** Nel rapporto finale SMR del 30 marzo 2016, il dr. I.\_\_\_\_\_ ha osservato che le tre ernie discali da cui era stata in passato affetta l'assicurata non sono mai state di impedimento per lo svolgimento della propria attività di aiuto domestico, quantomeno fino all'infortunio del 4 febbraio 2014. Esaminando gli accertamenti specialistici eseguiti dopo tale sinistro, il medico SMR ha inoltre constatato l'assenza di lesioni organiche. Infine, riguardo alla frattura subita alla caviglia destra, ha riscontrato un decorso favorevole senza complicazioni. Il dr. I.\_\_\_\_\_ ha quindi aderito alle conclusioni a cui sono giunti i periti dello F.\_\_\_\_\_ AG rispetto all'esigibilità lavorativa, attestando un'incapacità lavorativa del 100% dal 4 febbraio 2014 in qualsiasi attività e dal 2 luglio 2015 una piena capacità lavorativa sia nell'attività abituale che in un'attività sostitutiva (doc. 30).

#### **8.4**

**8.4.1** Nel rapporto del 26 aprile 2016 il dr. J.\_\_\_\_\_ ha riferito che l'assicurata "è stata riconosciuta invalida civile in Italia al 67% per ernie discali multiple lombari, poliartrosi, esiti di frattura trimalleolare alla caviglia destra, esiti di trauma cranico con ipoacusie, anosmia e vertigini che compromettono le possibilità di un lavoro svolto adeguatamente", senza tuttavia specificare a partire da quando (doc. 47).

Nell'annotazione del 30 maggio 2016, il dr. I.\_\_\_\_\_ ha indicato che il certificato del dr. J.\_\_\_\_\_ non apportava alcun elemento nuovo, non precedentemente considerato nell'ambito della perizia F.\_\_\_\_\_ AG. Egli ha inoltre segnalato che all'età di 60 anni è usuale riscontrare mediante radiografie sistematiche delle lesioni d'artrosi, che nel caso di specie non risultano comunque di gravità sufficiente per giustificare un'inabilità lavorativa (doc. 53).

**8.4.2** Nel rapporto neurologico del 8 luglio 2016 la dr.ssa P.\_\_\_\_\_, la cui specializzazione non è nota, pur riscontrando un disturbo di convergenza oculare (o strabismo), non ha riscontrato deficit sensitivi, o presenza di rigor nucale e di segni meningei. Nonostante le prove di coordinazione e deambulazione sono state ritenute nella norma e i passaggi posturali autonomi, ha comunque consigliato l'esecuzione di un controllo RMN all'encefalo e al rachide cervicale (doc. 61).

Sono inoltre stati prodotti dall'assicurata – unitamente a documenti medici già agli atti (doc. 35-41) e alle convocazioni per gli esami specialistici (doc. 55, 56, 59, 62, 65, 66, 73, 74) – la cartella ortottica del Presidio ospedaliero di G.\_\_\_\_\_ contenente il certificato redatto a mano del 31 maggio, del 13 giugno e del 1° agosto 2016, di cui l'estensore non è noto (doc. 72) e i risultati dell'esame del campo visuale (doc. 70-71).

**8.4.3** Riguardo a tali atti medici, il dr. I.\_\_\_\_\_ ha riferito nell'annotazione del 6 settembre 2016 che il fatto di dover portare una correzione ottica in ragione del problema di diplopia, non ha alcun impatto sulla capacità lavorativa, a maggior ragione in considerazione dell'assenza di disturbi neurologici rilevanti (doc. 77).

## **9.**

**9.1** In corso di causa sono stati trasmessi i seguenti documenti:

**9.1.1** Il rapporto del 20 dicembre 2016 del dr. Q.\_\_\_\_\_, specialista in neurologia, il quale ha segnalato la presenza di una sindrome parestesica all'emivolto di sinistra e alla nuca, insorta dopo il trauma del febbraio 2014. Egli ha comunque riferito di un esame neurologico negativo, essendo riscontrabile unicamente una soggettiva diplopia nello sguardo verso sinistra già esaminata dall'oculista (allegato al doc. TAF 13 e 15).

**9.1.2** Il “Verbale di accertamento dell’invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità” del 19 gennaio 2017, nel quale con riferimento all’accertamento neurochirurgico del 19 ottobre 2016 – non presente agli atti – alla visita neurologica del 8 luglio 2016 (doc. 61), all’esame RMN all’encefalo del 8 settembre 2016 – non presente agli atti – e al certificato oculistico del 1° agosto 2016 (doc. 72), è stata posta la seguente diagnosi:

- Esiti di discopatiti lombari trattate chirurgicamente;
- Artrosi all’anca destra e al piede sinistro;
- Artrosi cervicale;
- Ipoacusia bilaterale;
- Diplopia.

Alla luce delle problematiche enunciate, l’assicurata è stata quindi valutata a partire dal 11 ottobre 2016 invalida, con riduzione permanente della capacità lavorativa dal 74% al 99%, ai sensi del diritto italiano (allegato al doc. TAF 15).

**9.1.3** L’esame RM del tronco encefalico del 30 gennaio 2017 – già chiesto in precedenza dalla dr.ssa P. \_\_\_\_\_ (doc. 61, cfr. anche consid. 8.4.2) – dal quale, secondo il dr. Q. \_\_\_\_\_, sono emersi dei reperti endocranici nella norma, nonché delle alterazioni flogistiche nella mastoide sinistra (allegato al doc. TAF 13).

**9.1.4** Il rapporto oculistico del 20 febbraio 2017 della dr.ssa R. \_\_\_\_\_, la cui specializzazione non è nota, che ha rilevato un’algia soggettiva nell’escursione muscolare verso sinistra e una diplopia nello sguardo a sinistra, per il quale ha proposto l’adozione di lenti correttive. Pur evocando una problematica di exo-iperforia, la dr.ssa R. \_\_\_\_\_ non ha proposto ulteriori trattamenti, né si espressa riguardo alla capacità lavorativa (allegato doc. TAF 13).

**9.1.5** Il rapporto dell’esame audiometrico tonale eseguito l’8 marzo 2017 dal dr. S. \_\_\_\_\_, specialista in otorinolaringoiatria e patologia cervicofacciale, che ha riferito di una situazione clinica sovrapponibile al quadro preesistente, a tre anni dal precedente controllo (di cui tuttavia non vi è traccia agli atti). Egli ha constatato da un lato un deficit periferico sinistro in ambito vestibolare, piuttosto rilevante, e a volte giustificante un disequilibrio, dall’altro, un’ipoacusia binaurale sui toni acuti con socioacusia conservata, ma giustificante gli acufeni lamentati dall’assicurata. Non ritenendo esistere una terapia per una completa guarigione e restando silente

riguardo all'abilità lavorativa, ha consigliato un trattamento farmacologico (allegato al doc. TAF 15).

**9.1.6** La ricetta medica del 13 marzo 2017 con cui il dr. T.\_\_\_\_\_ ha prescritto l'assunzione di un non meglio precisato farmaco (allegato al doc. TAF 15).

**9.1.7** Nell'avviso SMR del 18 aprile 2017 (allegato al doc. TAF 17) il dr. I.\_\_\_\_\_ ha riferito di aver riscontrato nel "Verbale di accertamento dell'invalidità civile" la presenza di tre nuove diagnosi inedite (diplopia, ipoacusia bilaterale e artrosi di nuca, anca e caviglia), sebbene non supportate da alcun elemento oggettivo. Indipendentemente dalla novità degli elementi emersi dalla documentazione di recente produzione, il medico SMR non ha tuttavia ritenuto che gli stessi apportassero elementi suscettibili mettere in discussione la precedente valutazione in punto all'esigibilità lavorativa dell'assicurata.

## **9.2**

**9.2.1** La ricorrente ha quindi ulteriormente prodotto il 29 e il 30 maggio 2017 (doc. TAF 19, 20):

- Documentazione medica relativa all'intervento di rimozione dell'ernia discale nel 2001;
- Referto RX all'anca destra del 8 novembre 2013 (con lastre in originale) attestanti una coxartrosi destra di media entità – documento già noto (doc. 35);
- Referto RM colonna lombare del 6 febbraio 2014 (con CD ROM con risultati) – documento già noto (doc. 28 p. 41);
- Referto RX alla gamba destra e tibio-tarsica del 22 maggio 2014 (con lastre in originale) – documento già noto (doc. 11);
- Referto RM del cervello tronco encefalico e RMN della colonna cervicale del 22 ottobre 2015 (con CD ROM con risultati) – documento già noto (doc. 18);
- Referto RM encefalo del 30 gennaio 2017 (su supporto CD ROM) con referto del 20 febbraio 2017 della dr.ssa R.\_\_\_\_\_ (cfr. consid. 10.1.4);
- Documentazione relativa agli esami esperiti nel corso del 2014 presso la Clinica D.\_\_\_\_\_, e all'intervento di rimozione dei mezzi di osteosintesi nel gennaio 2015 con decorso soddisfacente e senza complicazioni; dapprima trasmessi su supporto CD-ROM, in-

seguito in formato cartaceo unitamente al doc. TAF 22-24 – documenti in buona parte già noti (es. doc. 12; 15; 28 pp. 15-18, 36-39, 44-46);

- Referto RX al piede sinistro del 28 marzo 2014.

**9.2.2** Interrogato in merito al caso, il dr. K.\_\_\_\_\_ ha riferito nell'annotazione SMR del 12 settembre 2017 che la nuova documentazione presentata dall'insorgente non contiene elementi nuovi in grado di giustificare una differente valutazione rispetto a quelle precedentemente ritenute dal SMR. A suo dire, la documentazione medica componente l'incarto è sufficiente ad accertare la fattispecie e, conto tenuto della radiografia del piede sinistro (che evidenzia sfumate alterazioni artrosiche ed un iniziale alluce valgo), la valutazione conclusiva del dr. I.\_\_\_\_\_ è senz'altro valida. Il dr. K.\_\_\_\_\_ ha inoltre constatato che i referti presentati erano già noti al momento dell'esecuzione della perizia pluridisciplinare del luglio 2015 ragion per cui, concordando con il dr. I.\_\_\_\_\_, ha ritenuto non sussistere motivo alcuno per dubitare della bontà delle conclusioni a cui sono giunti gli specialisti dello F.\_\_\_\_\_ AG che avevano considerato l'interessata abile nell'attività abituale e in una sostitutiva a decorrere dal 2 luglio 2015 (allegato al doc. 28).

## 10.

**10.1** Nella fattispecie, il caso dell'assicurata è stato esaminato sotto il profilo neurologico, ortopedico-traumatologico, psichiatrico e otorinolaringoiatrico da parte dei periti dello F.\_\_\_\_\_ AG. Giova rilevare che sebbene tale accertamento sia stato svolto nell'ambito della procedura LAINF il mandato confidato ai periti era più ampio e tendente a valutare lo stato di salute complessivo dell'assicurata (cfr. doc. 28 pp. 143 segg., in particolare p. 3 dell'elenco dei quesiti peritali), dal momento che C.\_\_\_\_\_ agiva al contempo quale assicuratore LAINF ed assicuratore per l'indennità giornaliera in caso di malattia (cfr. doc. 28 p. 136).

**10.1.1** La perizia dello F.\_\_\_\_\_ AG ha infatti distinto fra diagnosi rilevanti sotto il profilo infortunistico e diagnosi extra-infortunistiche (doc. 28 pp. 174-175), stabilendo l'influsso sia delle prime che delle seconde sulla capacità lavorativa dell'assicurata (doc. 28 p. 177; anche consid. 8.1.6).

Per quanto concerne le patologie extra-infortunistiche, in particolare per le problematiche lombari, dalla perizia si evince che le stesse, sebbene di origine degenerativa comportano unicamente una leggera limitazione funzionale, essendo state ritenute sia dal profilo neurologico che ortopedico di

lieve entità e senza alcuna rilevanza clinica (cfr. doc. 28 p. 176). Al riguardo si rileva, analogamente a quanto fatto dal medico SMR (annotazione del 18 aprile 2016 – allegato al doc. TAF 17), che tali affezioni preesistenti l'infortunio non hanno mai dato problemi, né impedito all'assicurata di svolgere regolarmente il proprio lavoro di assistente di cura domestica. In buona sostanza i periti hanno ritenuto le differenti patologie extra-infortunistiche ininfluenti dal punto di vista dell'abilità lavorativa sia nella professione abituale che in una sostitutiva (cfr. doc. 28 p. 177).

Per quanto riguarda le patologie in relazione con il sinistro del 4 febbraio 2014, i periti hanno rilevato che i disturbi soggettivamente lamentati dall'assicurata non permettono di essere spiegati dai riscontri oggettivi. In tale ordine di idee hanno chiarito che né dal punto di vista somatico, né psichiatrico sono riscontrabili fattori che determinino il persistere di un'incapacità lavorativa (cfr. doc. 28 p. 178). Quanto alle problematiche fisiche direttamente derivanti dal trauma subito dall'interessata, è stato accertato che dal punto di vista ortopedico e neurologico, le stesse non hanno ormai da tempo più alcun influsso sulla capacità lavorativa dell'insorgente (cfr. doc. 28 p. 177).

Allo stesso modo neppure i disturbi correlati alla frattura trimalleolare del 23 maggio 2014, risultano avere alcun influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata (cfr. doc. 28 p. 179).

Neppure da un punto di vista globale (cfr. doc. 28 p. 177), tenendo dunque conto di tutte le differenti patologie di cui l'interessata è portatrice, risulta sussistere un impedimento alla ripresa della professione abituale o allo svolgimento di una professione sostitutiva, nei limiti di carico indicati (cfr. doc. 28 p. 176, 183).

**10.1.2** In definitiva quindi la perizia F.\_\_\_\_\_ AG ha espresso una valutazione globale dello stato di salute dell'interessata, risultando essere senz'altro completa, motivata e concludente. L'autorità inferiore era pertanto legittimata a fondare il proprio giudizio su tali valutazioni pluridisciplinari, senza la necessità di procedere ad ulteriori accertamenti propri, considerando pertanto l'assicurata pienamente abile al lavoro, nella professione abituale come pure in una sostitutiva a decorrere dal 1° luglio 2015.

**10.2** In tal senso, si osserva che neppure la perizia medica particolareggiata E213 permette di discostarsi dalle conclusioni a cui sono giunti i periti dello F.\_\_\_\_\_ AG che anzi convergono con essa per quanto attiene all'abilità lavorativa in una professione sostitutiva, nella quale l'assicurata

possa svolgere attività leggere e senza impegno osteoarticolare. Il fatto che tale ritrovata abilità lavorativa venga fatta decorrere dal 1° novembre 2015 è semplicemente riconducibile alla data posteriore dell'esame clinico eseguito dalla dr.ssa H.\_\_\_\_\_. Sebbene essa abbia considerato che a seguito del danno alla salute l'interessata fosse limitata a svolgere la precedente professione di assistente di cura a domicilio (a suo dire esigibile solo nella misura del 50-60%), ciò non permette di dubitare dell'attendibilità della valutazione pluridisciplinare: in assenza di elementi nuovi, è infatti ragionevole ritenere che la dottoressa abbia semplicemente espresso una differente valutazione di una situazione altrimenti uguale e invariata rispetto al momento in cui il caso è stato esaminato dai periti dello F.\_\_\_\_\_ AG.

**10.3** A ben vedere, le valutazioni peritali non risultano contraddette da nessuno dei referti medici ulteriormente prodotti dall'assicurata fino all'emissione della decisione impugnata (cfr. consid. 9), né da quelli prodotti in corso di causa (cfr. consid. 10), che, per altro, neppure si esprimono compiutamente in merito alla residua capacità lavorativa dell'interessata. Quand'anche tale fosse stato il caso, giova rammentare che in presenza di rapporti medici contraddittori, occorre considerare con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione dei particolari legami che essi hanno con quest'ultimo (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

## **11.**

Riguardo ai nuovi elementi emersi in corso di causa, in particolare le diagnosi contenute nel "Verbale di accertamento dell'invalidità civile" (allegato al doc. TAF 15), anche questo Tribunale (come l'amministrazione – cfr. doc. TAF 17), ritiene che le stesse non siano suscettibili di influire sull'esito della presente vertenza.

**11.1** Come rilevato dal dr. I.\_\_\_\_\_ nell'avviso SMR del 18 aprile 2017, tali diagnosi sono del tutto prive di elementi oggettivi e si fondano sostanzialmente sul certificato del medico curante (cfr. "Verbale di accertamento dell'invalidità civile"). A mente del medico SMR, infatti, mancano le radiografie per poter determinare l'entità dell'artrosi all'anca e al piede (essendo la presenza di tale disturbo già nota), fermo restando che solo un'artrosi avanzata ha un influsso sulla capacità lavorativa. D'altra parte egli ritiene che la problematica di cervicartrosi, già nota per altro, non presenti una gravità superiore a quella della media delle persone dell'età dell'assicurata. Quanto alla diplopia in rotazione del globo oculare, emersa dall'esame of-

talmologico del 20 febbraio 2017, il dr. I. \_\_\_\_\_ ritiene che non abbia alcun influsso sulla capacità lavorativa dell'interessata nell'attività abituale e ciò nonostante tale patologia, unitamente all'ipoacusia, potrebbe compromettere la possibilità di utilizzare veicoli per scopi professionali come pure l'utilizzo di macchinari pericolosi o il lavoro accanto ad essi. In definitiva egli si riconferma nelle proprie precedenti valutazioni.

In definitiva, non soltanto agli atti non figurano esami specialistici o strumentali che permettano di ritenere accertata l'esistenza di tali problematiche (descritte per la prima volta nel "Verbale di accertamento dell'invalidità civile" del 19 gennaio 2017), ma neppure vi sono atti medici attestanti l'eventuale impatto delle stesse sulla capacità lavorativa dell'assicurata.

**11.2** Ad ogni buon conto, quand'anche tali elementi fossero confermati da riscontri oggettivi, questo Tribunale non potrebbe comunque tenerne conto nell'ambito della presente vertenza, dal momento che sono posteriori alla decisione impugnata e relativi a una situazione che, in assenza di nuovi accertamenti, occorre ritenere sviluppatasi dopo la sua emissione.

**11.3** Giova infine precisare che la circostanza per cui alla ricorrente sarebbe stata riconosciuta un'invalidità civile ai sensi del diritto italiano dapprima del 67% dal 24 novembre 2015, in seguito del 74% dall'11 ottobre 2016, non è determinante ai fini del presente giudizio, data la diversità delle disposizioni legali sull'invalidità e dei criteri per determinarla vigenti nei due Paesi e visto che anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità per una rendita svizzera si determina unicamente in base al diritto elvetico (DTF 130 V 253 consid. 2.4 pag. 257).

## **12.**

Alla luce di quanto sopra esposto, occorre riconoscere che non vi è alcun motivo fondato per scostarsi dalle affidabili, complete e conclusive valutazioni peritali raccolte in sede istruttoria – confermate e fatte proprie da entrambi i medici SMR incaricati dall'amministrazione – apparendo chiara sia la situazione ortopedica, neurologica, otorinolaringoiatrica e psichiatrica, che le conseguenze del danno alla salute sulla capacità lavorativa dell'assicurata, quantomeno fino all'emissione della decisione impugnata.

## **13.**

**13.1** In definitiva risulta quindi provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che dal 1° luglio 2015 (cfr.

perizia F. \_\_\_\_\_ AG – doc. 28 pp. 162 segg.) lo stato di salute della ricorrente è sostanzialmente migliorato, così come le conseguenze sulla sua capacità lavorativa. Da un punto di vista neurologico, ortopedico/traumatologico, otorinolaringoiatrico e psichiatrico una ripresa lavorativa nella professione abituale come pure in attività leggere fino a medio pesanti, non comportanti il sollevamento e il trasporto di pesi superiori a 15kg, è esigibile nella misura del 100%.

**13.2** Sulla scorta di tale valutazione, è dunque a giusto titolo che l'autorità inferiore ha considerato che al 1° maggio 2016 (ossia sei mesi dopo il deposito della domanda di prestazioni), la ricorrente era già da tempo completamente abile al lavoro, negando di conseguenza il diritto alla rendita.

**13.3** Ne consegue che al 1° maggio 2016, l'assicurata non adempiva più le condizioni poste dall'art. 28 cpv. 1 LAI. In tal senso, il rifiuto opposto dall'autorità inferiore al riconoscimento del diritto alla rendita, appare senz'altro corretto.

#### **14.**

**14.1** Ciò posto, seppur non suscettibili di influire sull'apprezzamento da parte di questo Tribunale della decisione del 14 settembre 2016, in quanto attestanti dei fatti verificatisi dopo tale data (cfr. consid. 11) e non emersi dagli accertamenti su cui si è fondato il provvedimento impugnato, la documentazione medica e assicurativa prodotta in sede ricorsuale potrebbe essere rilevante per la valutazione dello stato di salute attuale dell'assicurata dopo il 20 dicembre 2016 (data in cui il dr. T. \_\_\_\_\_ indica per la prima volta dell'insorgere di una soggettiva diplopia). A maggior ragione in considerazione dell'annotazione SMR del 18 aprile 2017 nella quale il dr. I. \_\_\_\_\_, individua nella documentazione prodotta dall'assicurata l'insorgere di tre diagnosi inedite, per la valutazione delle quali non sono ancora stati esperiti gli accertamenti del caso (allegato doc. TAF 17).

**14.2** L'incarto viene pertanto trasmesso per competenza all'UAIE affinché proceda agli accertamenti medici del caso nell'ambito di una nuova domanda di rendita e si pronunci sullo stato di salute, l'incapacità lavorativa e sul grado di invalidità della ricorrente a far tempo da dicembre 2016, con particolare riferimento agli atti medici prodotti dall'interessata posteriormente alla decisione impugnata, fra i quali si segnalano il certificato del dr. T. \_\_\_\_\_ del 20 dicembre 2016 e del 13 marzo 2017, il referto della visita oculistica del 20 febbraio 2017, il rapporto del dr. S. \_\_\_\_\_ dell'8 marzo 2017 e il "Verbale di accertamento dell'invalidità civile" del 19 gennaio 2017

(allegati al doc. TAF 15), nonché l'esame RM encefalo del 30 gennaio 2017, con referto del 20 febbraio 2017 della dr.ssa R.\_\_\_\_\_ (allegato al doc. TAF 19).

## **15.**

**15.1** Visto l'esito della procedura le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico della ricorrente (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]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 23 novembre 2017 (cfr. doc. TAF 32 e 33).

**15.2** Alla ricorrente, interamente soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

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).

## **Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

### **1.**

Il ricorso è respinto.

### **2.**

Gli atti di causa sono trasmessi per competenza all'UAIE ai sensi dei considerandi.

### **3.**

Le spese processuali di fr. 800.-, già anticipate dal ricorrente, sono poste a suo carico e vengono compensate con l'acconto versato.

### **4.**

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

### **5.**

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. [...]); raccomandata; allegato: osservazioni del 16 aprile 2018 [doc. TAF 35])
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

### **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 (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 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: