

BVGer C-2883/2017 vom 18. Januar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-01-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2883_2017

FR: TAF C-2883/2017 du 18 janvier 2019

IT: TAF C-2883/2017 del 18 gennaio 2019

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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

E. 1.3

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

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile. Inoltre, con versamento del 2 giugno 2017 (doc. TAF 4), la ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

E. 2.1

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

E. 2.2

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

E. 2.3

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

E. 2.4

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

E. 2.5

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

E. 3

Giusta l'art. 40 cpv. 2 OAI, per la ricezione e l'esame delle richieste dei frontalieri è competente l'ufficio AI nel cui campo d'attività essi esercitano un'attività lucrativa. Questa regola si applica anche ai vecchi frontalieri, a condizione che al momento della richiesta il loro domicilio abituale si trovi ancora nella zona di frontiera e il danno alla salute risalga all'epoca della loro attività frontaliera. L'ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero notifica le decisioni.

E. 4

Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 5

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata (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 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. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 6

In virtù dell'art. 43 LPGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii).

E. 7.1

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

E. 7.2

L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni cumulative: 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%.

E. 7.3

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).

E. 7.4

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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

E. 7.5

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.

E. 8.1

L'UAIE ha reso il 6 aprile 2017 una decisione di revisione, ai sensi dell'art. 17 LPGGA, della rendita d'invalidità intera fino ad allora accordata alla ricorrente.

E. 8.2

Secondo l'art. 17 LPGGA se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modifica.

E. 8.3

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può

essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Irrilevante è, altresì, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 131 V 84 consid. 3; sen-tenza del TF 8C_534/2014 del 13 agosto 2014 consid. 3.2 e 8C_624/2011 del 2 novembre 2011 consid. 2 nonché relativi riferimenti).

E. 8.4

L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

E. 8.5

Giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto, il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

E. 8.6

Alfine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto di cui all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 140 V 514 consid. 5.2 e 133 V 108 consid. 5).

E. 8.7

Nella presente vertenza, l'autorità inferiore ha considerato - a giusto titolo - che il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 10 febbraio 2014 - data della decisione dell'UAIE mediante la quale è stata accordata una rendita intera d'invalidità - e il 6 aprile 2017, data della decisione impugnata (doc. A 145).

E. 9.1

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è

determinante né la sua origine né la sua denominazione - ad esempio quale perizia o rapporto - ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1; 125 V 351 consid. 3).

E. 9.2

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

E. 9.3

In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 9.4

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

E. 9.5

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

E. 10

Nel caso concreto, occorre esaminare se al momento dell'emanazione della decisione impugnata, il 6 aprile 2017, poteva essere ammessa la sopravvenienza rispetto al febbraio 2014 di un miglioramento dello stato di salute della ricorrente (o della componente lucrativa) giustificante la riduzione della rendita o, invece, tale presupposto non era adempito (come fatto valere dall'insorgente medesima) o, ancora, l'istruttoria di causa è stata insufficiente.

E. 11.1

A tal proposito, giova ricordare che all'inizio del 2008, il dott. D._____ ha riscontrato una grave forma eczematosa, diagnosticando un eczema atopico ed un eczema allergico da contatto. Lo specialista ha dunque ritenuto una totale incapacità lavorativa nella precedente attività di cameriera ed un'abilità del 50% in attività adeguate (cfr. rapporto medico del 26 aprile 2008 sub doc. A 9).

E. 11.2

Dal canto suo, l'UAI-H._____ ha stabilito i seguenti limiti funzionali: "Incompatibilità con lavori che prevedono contatti di natura irritativa, alcali-tossica; Non può stare a lungo in ambienti umidi; Non esporsi a sostanze aeroallergeniche, comprese muffe e farina; Evitare luoghi o attività che possano comportare importante sudorazione con l'effetto atopico che ne deriva" e ritenuto una totale incapacità lavorativa dall'8 giugno 2007 al 24 maggio 2008 ed un'abilità lavorativa del 50% in attività adeguate a partire dal 25 maggio 2008 (cfr. segnatamente doc. A 17 e 25). I problemi dermatologici sono stati confermati ancora nel dicembre 2011 (cfr. consid. B.d e doc. A 58).

E. 12.1

A partire dal mese di marzo 2012, si sono aggravate le problematiche lombari (v. doc. A 60) ed il 3 aprile 2014 l'assicurata si è sottoposta ad un intervento di correzione e artrodesi posteriore strumentata presso l'Ospedale I._____ di (...) (cfr. doc. A 85).

E. 12.2

Preso atto del menzionato intervento, il medico SMR ha proposto di procedere ad una nuova valutazione clinica nel mese di settembre 2013 (doc. A 89). Pertanto, in data 9 settembre 2013, con rapporto finale SMR, fondato su un esame personale della ricorrente, il dott. E._____ ha ritenuto le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: "Scoliosi dorso lombare parzialmente compensata con dismetria arti inferiori (-1,5 cm dx) Lombalgia cronica su protrusioni discali da L1 a L5 Esiti di intervento di correzione della nota scoliosi idiopatica (Artrodesi posteriore strumentata operata il 3.4.13) Eczema allergico da contatto" Nella sua valutazione, il medico ha anche precisato di considerare la poliallergia con eczema cronico costituzionale una patologia limitante. In conclusione, egli ha indicato che dalla documentazione clinica aggiornata emergeva uno stato di salute peggiorato. Per quel che concerne la capacità lavorativa nell'attività abituale, lo specialista del SMR ha ritenuto una totale inabilità lavorativa a partire dal 2008. In attività adeguate, ha invece evidenziato una completa incapacità lavorativa dal 3 aprile 2013 ed una capacità lavorativa del 30% a partire dal 9 settembre 2013 (doc. A 93).

E. 12.3

Fondandosi su tali accertamenti, con decisione del 10 febbraio 2014, l'UAIE ha aumentato la rendita d'invalidità, assegnando una rendita intera a partire dal 1° luglio 2013, in virtù di un grado d'invalidità del 72%.

E. 13.1

Nel corso della procedura di revisione che ha portato alla decisione impugnata (v. doc. A 110 e segg.), è stata assunta agli atti la perizia reumatologica del 7 luglio 2016, del dott. L._____ (doc. A 118).

E. 13.2

Nel citato referto, lo specialista ha posto le seguenti diagnosi reumatologiche con ripercussioni sulla capacità lavorativa: "Scoliosi lombare dx-convessa di circa 30° su/con: - esiti di intervento di strumentazione con viti peduncolari e barre presagomate da Th11 a L5 e foraminotomia sx L4 il 03.04.2013 - lievi alterazioni statiche residue; - panrachialgie croniche". Come diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa dal lato reumatologico, lo specialista ha invece ritenuto la psoriasi e gli antecedenti disturbi del comportamento alimentare. Per quel che attiene alla capacità lavorativa residua, il perito ha indicato che "l'assicurata è stata rivalutata dal SMR AI (Dott. E._____, medico internista) nel settembre 2013, vale a dire 5 mesi dopo l'intervento di chirurgia spinale, concludendo per una IL del 70% in attività adatta. (...) Tale valutazione è stata a mio modo di vedere a tutti gli effetti troppo pessimistica. In effetti è evidente che la mobilità al rachide risultava ridotta da un intervento di correzione della scoliosi, ciò che tuttavia non può essere correlato automaticamente ad un peggioramento della capacità funzionale dell'assicurata, anzi". Alla luce di tali considerazioni, lo specialista ha indicato che - da un punto di vista reumatologico - un'attività leggera e variata, rispettosa delle limitazioni funzionali descritte, risultava possibile nella misura del 50% a partire dalla data della perizia (metà giornata con rendimento pieno).

E. 13.3

Con rapporto finale SMR del 28 luglio 2016, il dott. N._____, medico generico, perito medico SIM e medico fiduciario SGV-SSMC, ha confermato le diagnosi e la valutazione del dott. L._____, ritenendo uno stato di salute migliorato ed uno stato clinico definitivo (doc. A 120).

E. 13.4

Con scritto del 29 novembre 2016 indirizzato all'autorità inferiore, l'assicurata ha indicato di non condividere le conclusioni del dott. L._____, in quanto non vi sarebbe stato nessun miglioramento del suo stato di salute. Al contrario, essa ha indicato che dopo l'operazione sono subentrate nuove problematiche, in particolare "dolore lombosacrale continuo", "infiammazione del nervo cervicale", "formicolio al piede dx", "fitte lombo sacrali le quali causano problemi alle gambe quindi la perdita d'equilibrio" e "perdita dei denti dovuta dallo spostamento della masticazione", allegando pure un breve certificato del dott. M._____, del 28 novembre 2016 (doc. A 128). In data 5 gennaio 2017, l'interessata ha inoltre consegnato il rapporto medico del 27 aprile 2016 della dott.ssa P._____, specializzata in dermatologia e venereologia, in cui quest'ultima ha diagnosticato "al cavo popliteo sx chiazza con vescicole erose, al dx chiazza lichenificata" (doc. A 130). In seguito, essa ha pure trasmesso un certificato medico del 17 gennaio 2017 del dott. Q._____, specialista in Ortopedia e Traumatologia (doc. A 135).

E. 13.5

La documentazione medica e le osservazioni ulteriormente trasmesse sono state sottoposte al dott. L._____, il quale, con presa di posizione del 27 febbraio 2017, ha qualificato come estremamente improbabile dei deficit neurologici e concluso che "nella documentazione che mi viene ora sottoposta non ho trovato elementi tali da farmi discostare dalla mia precedente valutazione" (doc. A 144).

E. 13.6

Dall'anamnesi della relazione di parere medico legale del 27 aprile 2017 del dott. O._____ - di poco posteriore alla data della decisione impugnata e che fa riferimento

anche ad una situazione medica già esistente al momento dell'emanazione di detta decisione -, risulta che la paziente era in terapia cortisonica a causa della psoriasi di eczemi e crisi di asma allergico, che "a causa della neuropatia periferica (radicolopatia sensitivo motoria) usa gabapentin" e che soffriva ancora di crisi bulimiche e anoressiche. In merito alle lombalgie e all'intervento del 4 aprile 2013, la paziente ha riferito di un'iniziale discreta riduzione delle crisi lombalgiche con, tuttavia, un susseguente ingravescente dolore lombo sacrale ed appesantimento degli arti inferiori. Inoltre, il medico ha constatato la presenza di aree psoriasiche e turbe depressive. In conclusione, lo specialista ha confermato la totale inabilità lavorativa nella precedente attività di cameriera e ritenuto che "in ordine alla abilità ad attività di lavoro generico l'attuale condizione di disabilità permette di svolgere le mansioni assegnate al massimo per un terzo dell'attività di lavoro quotidiana" (doc. TAF 8).

E. 14.1

La decisione del 10 febbraio 2014 con cui è stata accordata alla ricorrente una rendita intera, fondava sul rapporto finale SMR del 9 settembre 2013, in cui il dott. E. _____ ha ritenuto, quali diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, le problematiche legate alla scoliosi ed alle lombalgie croniche, così come l'eczema allergico da contatto, e, quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, il disturbo del comportamento alimentare, la bulimia nervosa. Sulla base di tali diagnosi ha concluso ad una totale incapacità lavorativa dal 3 aprile 2013 e ad un'incapacità lavorativa del 70% in attività sostitutive adeguate a partire dal 9 settembre 2013 (doc. A 93 e 106).

E. 14.2

Nella procedura di revisione in esame, l'autorità inferiore ha tuttavia adottato il provvedimento impugnato dopo aver fatto esperire unicamente un accertamento reumatologico. Non è stata per contro effettuata alcuna perizia dermatologica, ortopedica, neurologica e psichiatrica. Tale carenza, per i motivi che verranno esposti di seguito, sconfinava in un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti.

E. 14.3

Va innanzitutto rilevato che nel 2008, il dermatologo dott. D. _____ aveva diagnosticato a carico dell'insorgente un eczema atopico (neurodermite costituzionale) e un eczema allergico da contatto, precisando poi che le numerose limitazioni connesse alle malattie rilevate comportavano importanti restrizioni ad un reinserimento lavorativo, "visto anche che le manifestazioni eczematose dell'atopico si accentuano volentieri anche in situazioni di stress acuto prolungato" (doc. A 49, pag. 50). Il dott. L. _____, reumatologo, nella perizia del 7 luglio 2016 ha inserito la psoriasi nelle diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. La psoriasi è notoriamente una malattia cronica infiammatoria della pelle, caratterizzata da manifestazioni molto diversificate. È pure risaputo che una non indifferente parte dei pazienti psoriasici può sviluppare nel tempo un'artrite psoriasica: l'infiammazione interessa allora le piccole articolazioni delle mani e dei piedi o le grandi articolazioni (gomiti, ginocchia e caviglie), ma anche altre sedi come la colonna causando un mal di schiena che peggiora con il riposo. Per questo, dermatologo e reumatologo devono spesso lavorare insieme e la diagnosi riveste un ruolo fondamentale. Nel caso concreto, non è dato sapere con la necessaria precisione per quale motivo il reumatologo abbia diagnosticato a carico della ricorrente una psoriasi, ma abbia poi ritenuto di potere classificare detta psoriasi quale malattia senza influsso sulla capacità lavorativa dal profilo reumatologico. Basti rilevare che non risultano essere stati effettuati dal reumatologo esami

che potessero escludere l'esistenza di artrite psoriasica, affezione che rientra nell'ambito di sua competenza. Peraltro, e al di là del fatto che il dott. L. _____ nel 2016 ha per la prima volta diagnosticato la psoriasi, ossia una affezione supplementare di principio di natura dermatologica, risulta comunque che l'autorità inferiore ha rinunciato a torto - nonostante le diagnosi dal profilo dermatologico: eczema atopico (neurodermite costituzionale), eczema allergico da contatto, che avevano comunque condotto il dermatologo dott. D. _____ nel 2008 e l'internista dott. E. _____ nel 2013 ad inserirle nel novero delle diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa - ad ordinare una perizia dermatologica prima di emanare la decisione impugnata, conto tenuto pure del quadro clinico complesso che appare contraddistinguere la ricorrente sulla base della documentazione medica agli atti.

E. 14.4

Inoltre, a fronte del peggioramento dello stato di salute globale lamentato dall'assicurata, e reso perlomeno plausibile con i referti medici trasmessi già in sede di opposizione al progetto di decisione - cfr. in particolare: la relazione medica del dott. M. _____ del 28 novembre 2016 (doc. A 128), il rapporto di visita medica della dott.ssa P. _____ del 27 aprile 2016 (doc. A 130), il certificato medico del dott. Q. _____ del 17 gennaio 2017 (doc. A 135) -, e data altresì la complessa situazione valetudinaria afferente al rachide, caratterizzata da scoliosi lombare, dagli esiti da intervento di strumentazione con viti peduncolari e barre presagomate da Th11 a L5 e foraminotomia sinistra L3 in data 3 aprile 2013 e da persistenti dolori cronici (panrachialgie croniche e lombalgie croniche su protrusioni discali da L1 a L5), per potersi determinare in maniera esaustiva sull'evoluzione dello stato di salute dell'assicurata si imponevano pure una valutazione ortopedica e neurologica, come conferma anche la relazione medico legale del dott. O. _____ del 27 aprile 2017 (doc. TAF 8).

E. 14.5

Infine, presentando l'assicurata una lunga storia di disturbi psichiatrici di varia natura (v. a tal proposito anche i doc. B 1, 16, 19, 22 e 40), ancora confermati dal dott. O. _____ nella sua relazione di poco posteriore alla decisione impugnata, e peraltro mai recentemente rivalutati da uno specialista del ramo, si ritiene necessario pure l'esperimento di una perizia psichiatrica.

E. 14.6

Ne discende che, in assenza di sufficienti accertamenti, segnatamente in ambito dermatologico, ortopedico, neurologico e psichiatrico, l'istruttoria eseguita dall'autorità inferiore risulta carente. Il servizio medico regionale, così come l'UAIE stesso si sono fondati su documentazione incompleta e pertanto inconcludente, malgrado essi stessi abbiano riconosciuto la necessità di aggiornare l'incarto. In simili condizioni, non risulta possibile per questa Corte determinarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute della ricorrente e sulle conseguenze sulla capacità lavorativa.

E. 15

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 ed indicato completamento dell'istruttoria (con perizia pluridisciplinare in dermatologia, reumatologia, ortopedia, neurologia e psichiatria), riservato ogni ulteriore esame che

l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario, ed emani una nuova decisione. Va peraltro precisato che nell'ambito della perizia pluridisciplinare da eseguire, si impone anche una perizia reumatologica aggiornata, questo sia a causa del tempo trascorso dal precedente accertamento del dott. L. _____, sia in ragione della sua necessaria integrazione in una valutazione pluridisciplinare, che tenga conto, in particolare, anche dell'eventuale effetto congiunto delle diverse patologie di cui è afflitta la ricorrente.

E. 15.1

Peraltro, e in siffatte circostanze, 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 (che avrebbero già dovuto essere esperiti prima dell'emanazione della decisione impugnata), non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sulle affezioni di cui soffre la ricorrente e la residua capacità lavorativa che ne consegue.

E. 15.2

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). In altri termini, e nell'ambito della nuova procedura dinanzi all'autorità inferiore, la mezza rendita accordata alla ricorrente a decorrere dal 1° giugno 2017 e riconducibile alle sole diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di cui alla perizia reumatologica del 7 luglio 2016, ha da ritenersi siccome già acquisita, la stessa non essendo stata contestata e non risultando elementi che possano mettere in dubbio le affezioni ivi diagnosticate e le relative ripercussioni sulla capacità lavorativa, fermo restando la necessità di un complemento peritale reumatologico conto tenuto del tempo trascorso dalla perizia del 7 luglio 2016 e della natura pluridisciplinare degli accertamenti ancora da esperire. A seguito della presente sentenza, resta aperta solo la questione di sapere se gli ulteriori accertamenti sullo stato di salute della ricorrente ancora da esperire giustificano, contrariamente a quanto ritenuto nella decisione impugnata, l'attribuzione di una rendita maggiore alla mezza rendita già riconosciuta a partire dal 1° giugno 2017 (cfr. al riguardo, sentenze del TAF C-5080/2017 del 16 novembre 2018 consid. 11.5, C-1316/2014 del 13 marzo 2018 consid. 12.3 e C-2736/2014 dell'8 dicembre 2017 consid. 14.3).

E. 16.1

Visto l'esito del ricorso, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di CHF 800.-, versato il 2 giugno 2017, sarà restituito alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

E. 16.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da manda-tario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione).

L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 2'800.- tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante della ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)

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