

# **BVGer C-3017/2012 vom 21. Mai 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-05-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3017\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3017_2012)

FR: TAF C-3017/2012 du 21 mai 2013

IT: TAF C-3017/2012 del 21 maggio 2013

## **Regeste**

Diritto alla rendita

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), 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 portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20). In concreto, la decisione impugnata è stata emessa dall'UAIE conformemente all'art. 40 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), relativo alla notificazione delle decisioni ai frontalieri. Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

### **E. 1.2**

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

### **E. 1.3**

Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

### **E. 1.4**

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 visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

### **E. 2.1**

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

### **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), e si applica quindi in concreto, visto che la decisione impugnata è stata emanata l'8 maggio 2012. Nella sua nuova versione esso prevede che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici riferiti nella sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1), assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE riferiti nella sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 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. Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

### **E. 2.4**

L'allegato II è peraltro completato da un protocollo, che ne costituisce parte integrante (art. 3 ch.2), in cui sono stipulate regole speciali riguardo all'assicurazione contro la disoccupazione, agli assegni per grandi invalidi e alla previdenza professionale per la

vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

### **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 detto, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

### **E. 3.1**

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della stessa al momento della decisione impugnata, ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), sono dunque applicabili in concreto, come lo sono le disposizioni della LPGA, se e per quanto la LAI lo preveda (art. 2 LPGA).

### **E. 3.2**

Il giudice delle assicurazioni sociali analizza la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V citata). Egli può tuttavia tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138, vedi anche 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). Ne discende che, in concreto, il periodo di cognizione di questo Tribunale si estende fino all'8 maggio 2012.

### **E. 4.1**

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. 4.2**

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'ALC, 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 svizzero o dell'UE e vi risiede.

### **E. 4.3**

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante

provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

#### **E. 4.4**

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, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

#### **E. 5**

La ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che le sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità anche dopo l'aprile 2010.

#### **E. 6.1**

Secondo l'art. 17 cpv. 1 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.

#### **E. 6.2**

Conformemente all'art. 87 cpv. 2 OAI, la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità.

#### **E. 6.3**

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte 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 (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). L'aumento della rendita avviene al più presto, se l'assicurato ha chiesto la revisione, a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata, mentre se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (art. 88bis cpv. 1 lett. a e b). La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a).

#### **E. 6.4**

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). Va ancora rilevato che la semplice valutazione diversa di circostanze di fatto che sono rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non deve giustificare un riesame senza condizioni del diritto alla rendita (cfr. anche: Rudolf Ruedi, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: Schaffhauser/Schlauri, *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, San Gallo, 1999, pag. 15).

#### **E. 7**

Al fine di giudicare se sussistono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve considerare il periodo tra la decisione iniziale e quella che pronuncia la revisione. Decisioni intercalari sono pertinenti unicamente se sono state emesse sulla base di una nuova valutazione materiale del grado d'invalidità, ossia dopo delucidazione dei fatti, apprezzamento delle prove e esecuzione del raffronto dei redditi (DTF 133 V 108). In concreto, la decisione iniziale è stata pronunciata il 16 novembre 2007 e la decisione di revisione qui impugnata è stata emessa l'8 maggio 2012. Ne consegue che, seguendo la giurisprudenza, il periodo di riferimento per giudicare se verosimilmente è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, tale da giustificare la soppressione della rendita, come disposto dall'UAIE, è quello che intercorre tra queste due date.

#### **E. 8**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI dal 1° gennaio 2008), 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, 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. 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. Per costante giurisprudenza, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). In concreto, visto che la ricorrente non ha più esercitato alcuna attività lucrativa da anni, occorre esaminare la documentazione medica agli atti.

#### **E. 9**

Il giudice delle assicurazioni sociali fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 126 V

353 consid. 5b e relativi riferimenti). Egli 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 pag. 109).

#### **E. 10**

In concreto, dalla documentazione medica all'incarto e, in particolare, dai rapporti del dott. B. \_\_\_\_\_, internista, medico dell'UAI-TI, del 9 gennaio 2009 (doc. 42), dei dottori C. \_\_\_\_\_, psichiatra, e H. \_\_\_\_\_, internista, medici dell'UAI-TI, dell'11 gennaio 2010 (doc. 61), e del dott. F. \_\_\_\_\_, neurologo, del 16 dicembre 2011 (doc. 94/1 a 11), nonché dalla perizia dei dottori D. \_\_\_\_\_, reumatologo, e E. \_\_\_\_\_, psichiatra, medici del ..., del 5 marzo 2012 (doc. 96/1 a 23), e dal rapporto finale del dott. G. \_\_\_\_\_, internista, medico dell'UAI-TI, dell'8 marzo 2012 (doc. 97), emerge la diagnosi, influente sulla capacità lavorativa, di esiti da acromeoplastica, borsectomia e riparazione della cuffia rotatoria (2006), di rachialgie su discopatie scalate ed esiti da intervento per ernie discali C5/6 e L4/5 (luglio 2006 e giugno 2007), come pure la diagnosi, senza un tale influsso, di litiasi renale anamnestica, d'obesità di tipo I, d'ipertensione arteriosa, di lieve sindrome del tunnel carpale a destra e di sindrome somatoforme da dolore persistente (2007). Questa diagnosi è univoca agli atti e, peraltro, non è contestata dalla ricorrente, dimodoché questo Tribunale può aderirvi senza riserve.

#### **E. 11.1**

Rispetto alle conseguenze delle affezioni diagnosticate, il dott. B. \_\_\_\_\_ aveva formulato, nel suo rapporto del 9 gennaio 2009, una capacità lavorativa del 100% in attività adeguate, implicanti il sollevamento di pesi, dal piano orizzontale, al massimo fino a 5 kg abitualmente e a 8 kg saltuariamente, e, da terra, fino a 5 kg saltuariamente, che non richiedano movimenti ripetitivi di flessione, estensione e rotazione del collo e della schiena, la posizione statica del braccio sinistro sopra il piano orizzontale, l'utilizzo di utensili vibranti, la deambulazione su terreni sconnessi e le situazioni d'instabilità. Parimenti, i dottori C. \_\_\_\_\_ e H. \_\_\_\_\_ non hanno fissato, nel loro rapporto dell'11 gennaio 2010, alcuna incapacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico, e ciò in assenza di qualsiasi patologia di questo tipo.

#### **E. 11.2**

I dottori D.\_\_\_\_\_ e E.\_\_\_\_\_ del ... hanno stabilito, nella loro perizia del 5 marzo 2012, una piena capacità lavorativa sia per l'ultima attività esercitata, però con una riduzione del rendimento del 20%, sia per occupazioni confacenti, non implicanti l'esecuzione di lavori sopra l'orizzontale, il trasporto di pesi superiori a 10 kg oppure 5 kg in modo ripetuto, la flessione, l'estensione e la rotazione del tronco, con la possibilità di alternare la postura se necessario. I periti hanno precisato che gli interventi d'acromeoplastica, di borsectomia e di riparazione della cuffia rotatoria sinistra nel marzo 2006, come pure le discectomie C5/6 nel luglio 2006 e L4/5 nel giugno 2007, hanno giustificato ognuno un'incapacità lavorativa totale di tre mesi circa e quindi del 20%, ma non in modo prolungato (perizia, pagg. 20 e 21). Dal punto di vista somatico, gli specialisti hanno puntualizzato che le lesioni organiche spiegano solo parzialmente l'importante sintomatologia dolorosa, e che l'assenza di miglioramento dei sintomi dolorosi in seguito alle diverse terapie, compresi gli interventi chirurgici, le ripercussioni funzionali allegate e le incoerenze tra gli elementi anamnestici e l'osservazione oggettiva, fanno pensare ad una componente non organica importante (perizia, pag. 18). Sul piano neurologico, i periti non hanno constatato alcun disturbo che possa spiegare l'importante sintomatologia dolorosa (perizia, pag. 18). Dal lato psichiatrico, gli specialisti hanno evidenziato che la ricorrente menziona una sintomatologia ansiosa e depressiva, la quale contrasta però con i risultati di un esame psichiatrico nella norma, senza segni depressivi o ansiosi, eccetto un tono dell'umore lievemente depresso, e che se esistono dei criteri anamnestici per ritenere un disturbo depressivo prolungato, esso risulta d'intensità piuttosto leggera e riferibile solo parzialmente ad un sostrato organico, ciò che permette di formulare la diagnosi di sindrome dolorosa somatoforme persistente, non accompagnata tuttavia da una comorbidità psichiatrica grave, senza cristallizzazione dello stato psichico né perdita di vita sociale (perizia, pag. 19).

### **E. 11.3**

Dal canto suo, il dott. G.\_\_\_\_\_ ha ripreso, nel suo rapporto finale dell'8 marzo 2012, le conclusioni del ..., fissando, a decorrere da ottobre 2007, ossia dopo tre mesi dall'intervento di discectomia L4/5, un'incapacità lavorativa del 20% per l'attività abituale e dello 0% per occupazioni adeguate.

### **E. 11.4**

Visto quanto precede, questo Tribunale constata che le delucidazioni mediche eseguite conformemente alla sentenza dell'11 marzo 2011, ossia la perizia del ..., con i rapporti dei dottori D.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ e F.\_\_\_\_\_, e il rapporto finale del dott. G.\_\_\_\_\_, hanno confermato le conclusioni precedenti dei dottori B.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ e H.\_\_\_\_\_, ossia che la ricorrente dispone di un'incapacità lavorativa del 100% per l'attività di operaia dal 9 marzo 2006, e di una capacità lavorativa del 100% in attività adeguate da settembre 2007, la quale riflette il miglioramento dello stato di salute manifestatosi dopo l'intervento di discectomia L4/5, eseguito nel giugno 2007, ed il relativo periodo di convalescenza. Occorre a ciò aggiungere che la perizia del ... non risulta essere lacunosa e rispetta le esigenze formulate dalla giurisprudenza (cfr. consid. 9).

### **E. 12.1**

Secondo la giurisprudenza costante del Tribunale federale ed un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni ricorrente ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla sua invalidità (DTF 130 V 97 consid. 3.2 e relativi riferimenti). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per

ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a). Questa giurisprudenza conferma il principio che l'integrazione ha priorità sulla rendita, la cui assegnazione entra in linea di conto solo qualora non siano attuabili provvedimenti di integrazione. Un miglioramento della capacità di lavoro medicalmente attestato permette quindi di principio di ritenere che, nonostante la rendita sia stata concessa per un lungo periodo, la capacità di guadagno sia migliorata e di procedere ad un nuovo paragone dei redditi. L'esame delle condizioni per un eventuale diritto a misure d'integrazione si effettua secondo gli stessi principi sia nell'ambito di una revisione della rendita, sia nell'ambito di una domanda di rendita d'invalidità. Se la rendita è stata attribuita per un lungo periodo, la giurisprudenza considera tuttavia che non è opportuno sopprimerla o ridurla, malgrado l'esistenza di una capacità lavorativa medicalmente documentata, prima che le possibilità teoriche di lavoro non siano state confermate con l'aiuto di misure mediche d'integrazione e/o di provvedimenti d'integrazione professionale (in particolare, sentenza del Tribunale federale 9C\_163/2009 del 10 settembre 2010). Il Tribunale federale ha tuttavia ristretto l'applicazione di questa prassi ai casi in cui un assicurato ha beneficiato di una rendita per più di 15 anni o ha superato i 55 anni: l'amministrazione che intende procedere ad una revisione del diritto alla rendita deve esaminare preliminarmente l'opportunità di provvedimenti d'integrazione professionale (sentenza del Tribunale federale 9C\_228/2010 del 26 aprile 2011).

#### **E. 12.2**

In concreto, la ricorrente ha percepito la rendita intera d'invalidità per cinque anni e, al momento della soppressione nel 2010, aveva superato i cinquantacinque anni. Occorre pertanto esaminare se abbia diritto o meno a dei provvedimenti di integrazione. Ora, viste le occupazioni sostitutive proposte dai medici dell'UAI-TI, relative ad attività semplici e ripetitive, è senz'altro lecito concludere che la ricorrente non ha bisogno di alcuna misura di integrazione particolare al fine di mettere in valore la sua capacità lavorativa residua.

#### **E. 13.1**

Come già precisato al consid. 8, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività da lui ragionevolmente esigibile dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, 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.

#### **E. 13.2**

Occorre ancora specificare che il salario da invalido, quale introito teorico, può essere ridotto per tenere conto di fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), come l'età o un handicap. Nell'ambito dell'applicazione di tale riduzione, l'amministrazione gode di un'ampia autonomia di giudizio che il giudice può rivedere solamente in casi particolari. Il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivo pertinente, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione. Se lo fa, deve motivare in modo appropriato che una diversa valutazione s'impone. Inoltre, la deduzione non va effettuata automaticamente, ma solo se nel singolo caso sussistono elementi che lascino presagire che la persona assicurata, a causa di una o più di queste circostanze, ben difficilmente riuscirà a sfruttare la sua capacità residua di lavoro (DTF 137 V 71 consid. 5.2).

### **E. 13.3**

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, se il reddito da valido è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente e la persona assicurata, per motivi estranei alla sua invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media nazionale svizzera senza spontaneamente accomodarsene, si procede ad un parallelismo dei due redditi di paragone. Il Tribunale federale ha poi precisato che un reddito è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore. Pertanto, il parallelismo dei redditi di paragone va effettuato soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Ciò può avvenire aumentando in maniera adeguata il reddito da valido effettivamente conseguito oppure riducendo opportunamente il reddito statistico da invalido. In un secondo tempo, occorre esaminare la questione di un'eventuale deduzione per circostanze personali e professionali, applicabile al reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi, non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 135 V 297 e 134 V 322).

### **E. 13.4**

In concreto, l'UAI-TI ha proceduto in applicazione del metodo del confronto dei redditi. Dal rapporto finale della consulente in integrazione professionale, del 13 gennaio 2009 (doc. 45), si evince che, nel 2007, la ricorrente avrebbe potuto guadagnare, previa indicizzazione dei dati forniti dal datore di lavoro per il 2006, un salario da valida di Fr. 36'982.- e, secondo i dati dell'Ufficio federale di statistica (UFS) nel 2005 relativi ad attività leggere e non qualificate (tabelle RSS), un salario da invalida di Fr. 51'082.-, ridotto del 15% per tenere conto delle circostanze personali dell'assicurato e del 26.6% in virtù del parallelismo dei redditi, ossia Fr. 31'873.-, per cui si ottiene una perdita di guadagno del 13.81%, corrispondente ad un grado d'invalidità pari al 14% (DTF 130 V 121), il quale non consente il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Questo calcolo è stato eseguito fondamentalmente in modo corretto, anche se, per scrupolo di precisione, tutti i dati avrebbero dovuto essere indicizzati al 2010 al momento della soppressione della rendita, mancanza questa che non influisce comunque sul risultato finale del grado d'invalidità.

### **E. 14**

Di conseguenza, è a giusto titolo che l'UAIE ha soppresso la rendita intera d'invalidità a decorrere dal 1° aprile 2010, come già stabilito nella decisione, annullata, del 1° febbraio 2010.

### **E. 15**

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico della ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 27 settembre 2012. In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Visto l'esito della procedura, non si assegnano alla ricorrente indennità per spese ripetibili. Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 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]).

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