

# **BVGer C-4676/2012 vom 10. Dezember 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-12-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4676\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4676_2012)

FR: TAF C-4676/2012 du 10 décembre 2013

IT: TAF C-4676/2012 del 10 dicembre 2013

## **Regeste**

Revisione della 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). 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. 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. 2.4**

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 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**

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della stessa al momento della decisione impugnata, in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 4a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, della 5a revisione, in vigore dal 1° gennaio 2008, e della 6a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), sono quindi applicabili, come lo sono le disposizioni della LPGA, se e per quanto la LAI lo preveda (art. 2 LPGA).

#### **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 LPGA) 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 LPGA, 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 obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

#### **E. 4.5**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). 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, 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 (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 pag. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

#### **E. 5**

La ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che le sia riconosciuto il diritto, in via principale, di continuare a beneficiare di una rendita intera d'invalidità, e, in via subordinata, di ottenere tre quarti rendita dal 1° marzo 2008.

#### **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 LPG (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. 7.1**

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).

#### **E. 7.2**

In concreto, la decisione iniziale è stata pronunciata l'11 luglio 2005 e la decisione di revisione qui impugnata è stata emessa il 2 luglio 2012. Priva di rilievo è la decisione di revisione impugnata del 3 dicembre 2007, in cui è stato disposto il versamento di una mezza rendita da febbraio 2008, in quanto detto provvedimento è stato annullato dalla sentenza di questo Tribunale del 24 agosto 2010. Ne consegue che, seguendo la giurisprudenza, il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta verosimilmente una modifica rilevante del grado d'invalidità, tale da giustificare dapprima riduzione ad una mezza rendita, quindi la soppressione della stessa, come disposto dall'UAIE, è quello tra l'11 luglio 2005 ed il 2 luglio 2012. 8.1 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). 8.2 Al proposito, va rilevato che una perizia

richiesta dall'Ufficio AI (in casu un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte (DTF 136 V 376 consid. 4, vedi anche sentenza del Tribunale federale 9C\_189/2011 dell'8 luglio 2011 consid. 3.2). Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). Determinante è la circostanza che la perizia del servizio di accertamento medico rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c). In una successiva giurisprudenza il Tribunale federale ha tra l'altro precisato che quando in opposizione ad un accertamento di un servizio medico specifico dell'AI viene presentata una perizia che contraddice in modo scientifico ed esauriente quanto espresso dalla precedente indagine sia in ambito diagnostico che nelle conclusioni, ed il giudice non è in grado di decidere quali fra le due può essere condivisa, è lecito far allestire una perizia giudiziaria indipendente e conclusiva (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4)..

### **E. 9.1**

Al momento in cui venne riconosciuto il diritto alla rendita intera AI, l'autorità amministrativa si era fondata su di una documentazione medica dalla quale traspariva che la richiedente presentava patologie con influenza invalidante, ossia una sindrome post-traumatica da stress, fibromialgia, sindrome cervicovertebrale su un pregresso trauma discorsivo della colonna cervicale il 2 marzo 2002; non erano state poste in evidenza altri disturbi, ovvero diagnosi senza influsso sulla capacità di lavoro (perizia del SAM rassegnata il 27 aprile 2005, doc. 20).

### **E. 9.2**

Al momento della vertenza qui in esame in materia di revisione, lo stesso SAM (che effettuava la terza perizia) ha posto le seguenti constatazioni diagnostiche: Diagnosi con influenza sulla capacità di lavoro: sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F45-4), sindrome ansiosa NAS (ICD 10 F 41.9), sindrome psichica dovuta a danno o disfunzione cerebrale o malattia somatica non specificata regredita da un quadro grave ad uno moderato dal 2004 al 2008 (ICD 10 F06-9) -segue una descrizione storica dell'evoluzione patologica-, fibromialgia, sindrome cervicospondilogenica cronica con stato dopo distorsione cervicale il 21 marzo 2002 (Whiplash -colpo di frusta- attualmente stadio II) con quadro di compromissione neuropsicologica di grado moderato, diminuzione della mobilità senza segni neurologici, radiografie convenzionali del 9 agosto 2011 con minime alterazioni degenerative conformi all'età, sindrome cervicocefalica ricorrente, sindrome lombospondilogenica cronica con esame clinico e radiografie convenzionali senza anomalie rilevanti. Diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa: possibile spondilolisi di L5

senza listesi o discopatia sottogiacente.

### **E. 9.3**

In merito ai problemi di sindrome somatoforme del dolore persistente e fibromialgia, va rilevato che tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in Schaffhauser/Schlaury, *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, p. 64 n. 93). Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'AI le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà. La misura di quanto è ragionevolmente esigibile deve essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile (vedi anche DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b; DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Peraltro, il Tribunale federale ha avuto modo di precisare che l'inesigibilità della ripresa lavorativa presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante ed intensa di altri criteri qualificati quali (criteri Förster): (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita di integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 352 consid. 2.2.2; cfr. anche DTF 135 V 201). Questa giurisprudenza è applicabile per analogia alle lesioni della colonna cervicale ("colpo di frusta"; DTF 136 V 279) 10.1 In merito alla conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, i medici del SAM ammettono un miglioramento progressivo delle condizioni di salute dell'assicurata e quindi della sua capacità di lavoro. Questo miglioramento si intravede in particolare dal lato psichico. 10.2 Sono da rilevare le seguenti considerazioni conclusive degli esperti. Essi ammettono che nel corso degli anni, dopo l'infortunio del 2002, la situazione reumatologica e neurologica è rimasta sostanzialmente invariata sotto il profilo dell'esame clinico. 10.3.1 Modificata invece nell'arco degli anni appare la patologia psichiatrica che, se nel 2004/2005 era compatibile con un quadro nettamente invalidante ed importante sotto il profilo morboso, con una paziente tendente sovente al pianto, ansiosa, ecc., negli anni successivi si constata un miglioramento graduale. Grave e sicuramente invalidante in misura massiccia era la situazione descritta dal Dott. C. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 3 in toto; primario neurologo alla Clinica F. \_\_\_\_\_) nel luglio 2004 e dal Dott. G. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 3; neuropsicologo presso la stessa clinica): la sfera cognitiva era compromessa (amnesia, disturbi dell'attenzione e dell'esecuzione, senso di impotenza totale sfiducia nel futuro, incubi notturni), altre turbe comportamentali confinanti con la psicosi (eloquio poco fluido, discorso logorroico, non coerente). Questi sanitari erano chiamati a esprimersi in merito all'aspetto assicurativo post-infortunistico. Anche il Dott. N. \_\_\_\_\_, psichiatra del SAM, nel corso della sua prima perizia dell'aprile 2005 (ambito AI) parlava di importanti sintomi deponenti per un disturbo post-traumatico da stress e riteneva la paziente del tutto invalida per qualsiasi lavoro, con prognosi sfavorevole a corto e medio termine, ma favorevole a lungo termine purché la paziente fosse adeguatamente curata da specialista. La

successiva perizia del SAM del 2007 svolta in ambito revisionale è stata affidata, dal punto di vista psichiatrico, alla Dott.ssa U. \_\_\_\_\_ (doc. 64). La stessa osservava, come anche notato dal neurologo del SAM Dott. S. \_\_\_\_\_, un netto atteggiamento dimostrativo ed enfatico della paziente, la quale comunque non presentava più quella grave sintomatologia presente nel 2004/2005. L'esame del 2007 escludeva la presenza di importanti deficit cognitivi e confermava un decorso clinico positivo. La diagnosi evolveva verso una sindrome mista ansio-depressiva e l'incidenza di questa sulla capacità di lavoro generale era del 50%. L'esperto poneva in evidenza un netto miglioramento del quadro patologico psichiatrico (doc. 64 pag. 13 e 19) confermato dal colloquio clinico e dalla valutazione neuro-psicologica. La prognosi era ancor più favorevole con una ottimizzazione della terapia. Al momento dell'attuale revisione, al SAM la perizianda è stata sottoposta a due esami di carattere psichiatrico: la vera e propria perizia neuropsicologica, svolta dal Dott. G. \_\_\_\_\_ (che già si era occupato della paziente nell'ambito LAINF) il 3 agosto 2011 e la perizia psichiatrica della Dott.ssa AB. \_\_\_\_\_ del 2 settembre 2011 (rapporto del 7 settembre). Per quanto riguarda il primo aspetto, dopo alcuni test neuropsicologici e colloquio con la paziente, lo specialista ha concluso per un quadro di compromissione neuropsicologica di grado moderato (doc. 121, pag. 62). Rispetto ad un suo esame neuropsicologico svolto nell'aprile 2008, l'esperto attesta un discreto miglioramento del funzionamento cognitivo (memoria, attenzione, funzioni esecutive). Dal lato psichiatrico, la specialista precisa delle situazioni osservate importanti ai fini dell'assicurazione invalidità: l'attestata (diagnosi) di sindrome somatoforme da dolore persistente si colloca in una dimensione in cui non esiste una patologia psichica di rilevante entità (cfr. diagnosi), non esiste un massiccio ritiro sociale, esiste una riferita (dalla paziente) sofferenza somatica, ma che per gli aspetti neuropsicologici e vegetativi appare oggettivamente migliorata, il disagio psico-emotivo appare in diminuzione e comunque non tale da compromettere il recupero di un funzionamento lavorativo, esiste un lavoro psicologico ed un farmaco che hanno migliorato la situazione, si rileva un miglioramento clinico sia sul versante neuropsicologico che psicologico in senso stretto. La Dott.ssa AB. \_\_\_\_\_ rileva che il quadro psichiatrico attualmente in corso non assume qualità tali da giustificare una percentuale di incapacità lavorativa superiore al 35%. Sulla base di tutti i referti specialistici che la Dott.ssa AB. \_\_\_\_\_ ha potuto visionare (incarto completo) e sulla scorta della propria analisi la specialista ritiene che a partire dall'inizio del 2007 sia presente un miglioramento del quadro patologico generale e della capacità di lavoro che stima al 50% in qualsiasi attività produttiva per la pertinenza psichiatrica. Questo quadro è confortato anche da altre perizie effettuate fra il 2005 ed il 2008 da parte di medici curanti (psichiatri) e medici periti (cfr. anche incarto Basilese infortuni) che la Dott.ssa AB. \_\_\_\_\_ menziona. Poi, almeno da inizio 2011, è presente un miglioramento clinico ancor più pronunciato e constatato dalla stessa Dott.ssa AB. \_\_\_\_\_ nel corso della sua perizia del 2/7 settembre 2011. La paziente sarebbe in grado di svolgere, nella stessa misura, tutte le attività teoricamente esigibili compatibili con il suo livello culturale, età e quadro fisico da subito. La specialista si esprime pure sulla prognosi che sarebbe favorevole. 10.3.2 Dal lato reumatologico (Dott. Z. \_\_\_\_\_), spicca la diagnosi di fibromialgia con i noti "tender points" praticamente tutti presenti, oltre alla sindrome lombospondilogenica cronica. Egli constata che la sua valutazione coincide con quella effettuata da precedenti specialisti in ambito AI e LAINF. La peritanda, ora come allora, lamenta dolori soprattutto a livello lombare (irradianti gli arti inferiori) e cervicale. Comunque l'esame clinico, da anni, è normale e le radiografie non mostrano reperti clinicamente rilevanti. La capacità di lavoro è

di almeno il 75% come cameriera (lavoro a tempo pieno, rendimento ridotto). La situazione è rimasta invariata da lungo tempo e la residua invalidità è da imputare sia alla problematica fibromialgica che alla sindrome di Whiplash (sindrome da colpo di frusta). La paziente è totalmente abile al lavoro in attività adatte: lavoro leggero, con posizione della schiena non inergonomica (soprattutto della cervicale), attività non eccessivamente dipendente dal lavoro con le braccia alzate al disopra dell'orizzontale, ecc. 10.3.3 Sotto il profilo neurologico (Dott. Y. \_\_\_\_\_) si evidenzia una sintomatologia cronicizzata da tanto tempo con intermittenti cefalee, dorsolombalgie, capogiri, ecc. Tuttavia, lo specialista nota solo un'instabilità alla prova d'equilibrio in assenza di oggettività neurologica. Trattandosi di disturbi soggettivi, un giudizio per quel che concerne la capacità di lavoro residua appare difficile. Dal lato strettamente specialistico, considerate le diverse sindromi, l'esperto ammette un'incapacità di lavoro del 30% in qualità di cameriera od in altra attività leggera e adatta (venditrice, commessa, impiegata di chiosco, portinaia). Non vi è stata evoluzione, la situazione essendo stabile. 10.4 Nella perizia conclusiva, dopo ampia discussione, vien posto un tasso d'invalidità del 50% dall'inizio del 2007 (cfr. considerazioni psichiatriche) in poi per l'attività di cameriera; in attività più adeguata vi è un'invalidità del 40% a partire da agosto 2011 (consulto reumatologico), considerando che a questa data hanno rilevanza solo le incidenze psichiatriche e neurologiche (dal lato reumatologico è abile al 100% in attività a lei consone). 10.5 Per il resto, l'assicurata, secondo l'esame effettuato al SAM, non presenta ulteriori patologie invalidanti e le sue condizioni di salute sono generalmente buone, ogni altro organo ed apparato essendo indenne da patologie. 10.6 L'ufficio AI ed il servizio medico regionale, a cura del Dott. Q. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 12 gennaio 2012, riprende e condivide valutazioni e conclusioni del SAM (doc. 122). La documentazione medica prodotta in sede ricorsuale, ossia il referto dello psichiatra curante Dott. P. \_\_\_\_\_, non è tale da sovvertire l'attento esame svolto dalla Dott.ssa AB. \_\_\_\_\_ e dal Dott. G. \_\_\_\_\_ del SAM. Come lo rilevano i Dott.ri Q. \_\_\_\_\_ ed AC. \_\_\_\_\_ del SMR, nella loro nota del 5 novembre 2012, tale certificato non C. \_\_\_\_\_ ene elementi oggettivi di riferimento. Infine, le critiche mosse dal rappresentante della ricorrente alla perizia del SAM sono piuttosto vaghe. All'attenta rilettura sia del testo del rappresentante legale come pure delle perizie, soprattutto quelle di ambito psichiatrico, questo collegio giudicante non ha motivo di dubitare, né della completezza, né della coerenza di ragionamento, né dell'imparzialità dei rapporti rassegnati ad atti.

### **E. 11.1**

Il collegio giudicante condivide il parere del SAM e del servizio medico dell'autorità inferiore (SMR). La situazione valetudinaria di A. \_\_\_\_\_ è migliorata soprattutto sotto il profilo psichiatrico. La patologia menzionata è quella che maggiormente, per non dire esclusivamente, ha comportato a suo tempo il riconoscimento di un'invalidità di grado superiore al 70%. Ora, in base non solo ai chiari rapporti della Dott.ssa AB. \_\_\_\_\_ e del Dott. G. \_\_\_\_\_, ma anche come tendenza al miglioramento cominciata attorno al 2007 posta in evidenza dagli specialisti menzionati, attualmente il grado d'invalidità dell'assicurata è migliorato, come meglio specificato nel riassunto del SAM. A. \_\_\_\_\_ è ora in grado di svolgere un'attività leggera/semisedentaria in misura di almeno il 60% (invalidità del 40%) ed il precedente lavoro di cameriera in misura della metà. Il miglioramento è intervenuto all'inizio del 2007 (gennaio), come spiegato nei rapporti del SAM. Il 40% in attività adeguate può essere ammesso da agosto 2011.

### **E. 11.2**

Le attività ancora esigibili possono consistere in lavori come quelli di operaia addetto al controllo di macchine di produzione automatica, operaia imballatore e/o produttore di piccoli oggetti, cassiera, commessa in negozio di generi alimentari o abbigliamento, ecc. In questi lavori, se dovessero essere principalmente sedentari, il lavoratore deve comunque avere la possibilità di alzarsi di tanto in tanto, di escludere posture controindicate e il porto di pesi eccessivo, l'utilizzo delle braccia al disopra dell'orizzontale, ecc..

### **E. 11.3**

Secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità. 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 o domicilio (DTF 130 V 97 consid. 3.2). Problemi congiunturali locali, di disoccupazione importante od altri fattori economici che renderebbero illusoria la ricerca di una nuova attività non sono di pertinenza dell'assicurazione AI svizzera, il cui concetto d'incapacità di lavoro e di guadagno si fonda su di un mercato del lavoro supposto equilibrato.

### **E. 11.4**

È vero che durante la sua carriera professionale l'insorgente ha svolto principalmente l'attività di cameriera e ballerina classica. Si può tuttavia ritenere che, visto il genere d'attività sostitutive in esame e la natura delle sue affezioni, un'attività leggera è esigibile senza che si debba procedere a un adattamento del posto di lavoro alle condizioni di salute del ricorrente. Questo Tribunale osserva pure che alla stessa si presenta un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili in diversi settori, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale, ma unicamente, come rilevato, un aiuto al collocamento. 12.1 L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione d'eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPGA). Occorre pertanto esaminare se, nell'ambito di attività di sostituzione, l'insorgente presenti un'incapacità di guadagno di rilievo. 12.2 L'Ufficio AI ha interpellato l'ex datore di lavoro, il quale, con risposta del 22 marzo 2012 ha indicato che se l'interessata fosse ancora alle sue dipendenze, percepirebbe uno stipendio secondo il contratto collettivo odierno. Dai dati raccolti dall'Ufficio AI cantonale risulta che lo stipendio annuale nel 2010 ammonterebbe a 45'876 franchi (doc. 125 e seg.). Questo modo di procedere non è appropriato poiché bisognerebbe riferirsi al 2011, anno in cui i sanitari (SAM e medici dell'UAIE) fissano il periodo di miglioramento (agosto), e in seguito indicizzare gli importi fino al 2012 quando la decisione impugnata è stata emanata (DTF 128 V 174 e 129 V 222). Tuttavia, il risultato non subirebbe che una differenza minima. Inoltre, occorre tener conto che l'inizio del miglioramento è fissato a gennaio 2007 e pertanto l'analisi si situa su di un periodo lungo, con relativi mutamenti dei valori retributivi, indici d'indicizzazione, ecc. 12.3 Quale reddito da invalido si deve ritenere quello statistico ottenibile in attività di tipo leggero non necessariamente sedentarie, semplici, non qualificate, ripetitive. Queste attività (2010) comportano un salario medio mensile di 4'225 franchi (valori dell'UFS, tabella TA1, livello 4, donne). Questo importo

deve essere adeguato secondo un orario settimanale di 41.6 medio della categoria, ciò che permette di ottenere un importo di 4'394 franchi. In un anno (x 12) diventa 52'728 franchi.

12.4 Questo introito teorico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap. L'amministrazione, che gode di un ampio margine d'apprezzamento, ha applicato un tasso del 4% complessivo. Il giudice non può rivedere tale fattore di riduzione che nei casi manifestamente arbitrari (DTF 137 V 71, consid. 5.2 e rinvii). L'obiezione della ricorrente, secondo la quale una riduzione del 4% sarebbe manifestamente insufficiente non appare tutelabile. Peraltro, l'assicurata è ancora in giovane età (attualmente 45 anni) e gli handicap sono relativamente modesti. Il collegio giudicante non ha fondato motivo per scostarsi da tale valutazione che non è arbitraria. Va peraltro rilevato che secondo la consolidata giurisprudenza la riduzione massima è del 25%. Anche il fatto che in un primo calcolo comparativo l'Ufficio AI aveva tenuto conto di un fattore di riduzione del 13% non è influente. Sono le considerazioni del momento in cui si effettua il calcolo che sono determinanti. Ne consegue un introito annuo di 50'618 franchi.

12.5 Svolta al 60%, questa attività di ripiego consentirebbe un guadagno di 30'370,80 franchi, il che comporta, rispetto ad un introito privo d'invalidità di 45'876 franchi una perdita di guadagno del 33,80%. Questo tasso d'invalidità è quello valido dopo luglio 2011.

12.6 Il grado d'invalidità da gennaio 2007 al luglio 2011, tenendo conto dei parametri sopra ricordati (introito teorico tenuto conto di un tasso d'invalidità del 50% -invece del 40%- , di un valore di riduzione per fattori personali del 4%), comporta una perdita di guadagno del 44,84%. Questo valore, che darebbe diritto solo ad un quarto di rendita AI, è quello valido per il periodo suindicato.

13.1 Il grado d'invalidità inferiore al 40% durava già da oltre tre mesi il 2 luglio 2012, data dell'impugnata decisione. È quindi a ragione che l'autorità inferiore ha soppresso il diritto alla rendita d'invalidità dal secondo mese che ha seguito la notifica della decisione del 2 luglio 2012 (effetto 1° settembre 2012), in applicazione dell'art. 88a OAI e 88bis cpv. 2 lett. a OAI.

13.2 Questo collegio giudicante prende atto che per il periodo che va dal 1° febbraio 2008 (riduzione della rendita alla metà in esito alla prima procedura di revisione, annullata) al 31 agosto 2012, l'UAIE ha mantenuto il diritto alla mezza rendita AI e questo nonostante il fatto che la decisione del 3 dicembre 2007 sia stata annullata con giudizio di questo Tribunale del 24 agosto 2010 e, che gli ulteriori sviluppi ed accertamenti abbiano posto in luce che l'interessata, da gennaio 2007 ad agosto 2011 presentava un grado d'invalidità del 45%, tasso che le consentiva di ottenere solo un quarto di rendita AI.

14.1 Visto quanto precede, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

14.2 Le spese processuali di 400 franchi sono poste a carico della ricorrente e sono compensate con l'anticipo da lei fornito il 5 febbraio 2013.

14.3 Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili. Per quel che 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 nella 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.