

BVGer C-5141/2017 vom 25. März 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-03-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5141_2017

FR: TAF C-5141/2017 du 25 mars 2020

IT: TAF C-5141/2017 del 25 marzo 2020

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua 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 dalle decisioni e avente un interesse degno di protezione al loro annullamento o alla loro 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.

E. 1.5.1

Va peraltro precisato che di principio è oggetto del litigio l'assegnazione di tutte le rendite dell'assicurazione svizzera per l'invalidità concernenti la ricorrente, ossia sia l'assegnazione della rendita intera, sia l'assegnazione di tre quarti di rendita, sia infine l'assegnazione del quarto di rendita. In effetti, secondo costante giurisprudenza, assegnando retroattivamente una rendita degressiva e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è dunque limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è contestato, e ciò indipendentemente dal fatto che la rendita degressiva e/o limitata nel tempo sia stata accordata da parte dell'amministrazione mediante una sola decisione o più

decisioni separate (cfr. su questo punto DTF 131 V 164 consid. 2, segnatamente 2.3.2, con rinvii; v. pure sentenze del TAF C-3164/2017 del 14 novembre 2019 consid. 1.5, C-3859/2016 del 22 maggio 2017 consid. 7 e C-6248/2011 del 25 luglio 2012 consid. 10 con rinvii). Tuttavia, nella presente fattispecie la rendita intera assegnata dal 1° settembre 2013 (6 mesi dopo il deposito della domanda di rendita) al 30 novembre 2013 è già stata confermata da questo Tribunale con sentenza C-7994/2015 del 3 maggio 2016 (cresciuta in giudicato). A prescindere dal fatto che neppure è contestata in questa sede, la rendita intera accordata alla ricorrente a decorrere dal 1° settembre 2013 al 30 novembre 2013 è legittima e giustificata - già solo in considerazione delle affezioni psichiche - rispettivamente fondata su sufficiente documentazione medica di cui agli atti dell'incarto dell'autorità inferiore e, perlomeno da questo profilo, su una convincente valutazione della conseguente incapacità lavorativa del 100% (da febbraio 2013 ad agosto 2013) in qualsiasi attività (cfr., segnatamente, le perizie psichiatriche del dott. G. _____ del 13 agosto 2013 e del dott. H. _____ del 1° settembre 2014, nonché la perizia pluridisciplinare del SAM del 2 maggio 2017, i rapporti finali SMR del 24 settembre 2014 e dell'8 luglio 2015 del dott. I. _____ e l'annotazione SMR del 6 luglio 2017 del dott. J. _____ [doc. A 64 pag. 182, doc. A 66 pag. 213, doc. A 98 pag. 273 e doc. A 147 pag. 731 nonché doc. 14 dell'incarto dell'assicurazione infortuni pag. 27 {doc. B 14 pag. 27}]).

E. 1.5.2

Pertanto, resta ancora aperta la questione di sapere se la ricorrente ha diritto o meno a una rendita intera anche successivamente al 30 novembre 2013 rispettivamente se sono giustificate, successivamente al 30 novembre 2013, le rendite decrescenti accordate alla ricorrente dall'autorità inferiore (tre quarti di rendita dal 1° dicembre 2013 e un quarto di rendita dal 1° febbraio 2016).

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. 3.1

Dal profilo temporale sono applicabili 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; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 3.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 28 luglio 2017. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine; nonché cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-1916/2017 del 4 dicembre 2019 consid. 3.3 con rinvii).

E. 4

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI); aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE)

n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4). La ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi per più di tre anni, fermo restando che ha versato all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità contributi per più di un anno (cfr. doc. A 8 pag. 20 [formulario dell'ex datore di lavoro]).

E. 5.1

L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI).

E. 5.2

Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

E. 5.3

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno il 50%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

E. 5.4

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

E. 5.5

La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (cfr. sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 con rinvii). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 5.6

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o

infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-3196/2017 dell'11 settembre 2019 consid. 4.6).

E. 6.1

Secondo l'art. 17 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modifica, 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. 6.2

Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201), la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'in-validità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'in-validità (lett. b).

E. 6.3

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.

E. 6.4

Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se il beneficiario ha ottenuto indebitamente la prestazione o ha violato l'obbligo di informare impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI, indipendentemente dal fatto che la prestazione abbia continuato a essere versata a causa dell'ottenimento indebito della medesima o della violazione dell'obbligo di informare.

E. 7

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. 8.1

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 e DTF 125 V 351 consid. 3).

E. 8.2

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 232 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. 8.3

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 con-sid. 1.3.4 e DTF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 8.4

Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale 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. 8.5

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui 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).

E. 8.6

Va ancora rilevato che in linea di principio (DTF 143 V 418 e DTF 143 V 409), tutte le malattie psichiche devono soggiacere a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. La DTF 141 V 218 consid. 4.3.1.3 deve essere intesa nel senso che i disturbi, indipendentemente dalla loro diagnosi, possono rientrare in una comorbidità giuridicamente rilevante, se nel caso concreto può essere loro attribuito un effetto ostacolante sulle risorse (consid. 8.1). Questa nuova giurisprudenza è applicabile a tutti i casi ancora pendenti al momento della modifica della prassi (cfr. sentenza del TF 8C_453/2019 del 3 febbraio 2020 consid. 3.3 con rinvio). Peraltro, ogni valutazione peritale, anche alla luce della DTF 141 V 281, soggiace - entro i limiti indicati dalla più recente giurisprudenza del Tribunale federale - al libero apprezzamento dell'amministrazione e, in sede ricorsuale, del Tribunale. In assenza di una valutazione peritale *lege artis* rispondente ai criteri della DTF 143 V 418 (in combinazione con la DTF 141 V 281), sussiste un valido motivo - per l'amministrazione rispettivamente per il Tribunale - per scostarsi dalla valutazione peritale medesima, senza incorrere in un illegittimo esame giuridico parallelo (DTF 145 V 361 consid. 4, in particolare 4.3, con rinvii).

E. 8.7

Giova altresì rammentare che le condizioni (art. 17 LPGA) e gli effetti temporali (art. 88a OAI) della riduzione o soppressione di una rendita in caso di prima assegnazione retroattiva decrescente o temporanea si valutano in analogia all'ipotesi di revisione (DTF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2d). Pertanto, una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Occorre inoltre soggiungere che secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (cfr. sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3 con rinvii).

E. 8.8

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurda a prova attendibile in caso di revisione - o come in concreto di assegnazione retroattiva di una rendita decrescente - se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti. Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi (cfr. sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 4 con rinvii). L'amministrazione sopporta l'onere della prova dell'intervenuto (evocato) miglioramento dello stato di salute dell'assicurato

(ibidem, consid. 6.2 in fine).

E. 9

Fermo restando che nel caso concreto è incontestata e comunque legittima, la rendita intera accordata dall'UAIE alla ricorrente dal 1° settembre al 30 novembre 2013 (cfr. consid. 1.5.1 del presente giudizio), occorre quindi verificare se - come preteso dall'autorità inferiore in virtù segnatamente della perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2017 e delle perizie psichiatriche del dott. G._____ e H._____ - sia possibile e giustificato concludere ad un primo miglioramento dello stato di salute della ricorrente a decorrere dal 1° settembre 2013 e ad un secondo miglioramento intervenuto successivamente alle dimissioni dal ricovero in clinica psichiatrica dal 18 agosto al 19 ottobre 2015 rispettivamente se siano adempite le condizioni per due revisioni della rendita giusta l'art. 17 LPGA (con prima riduzione a tre quarti di rendita dal 1° dicembre 2013 e seconda riduzione a un quarto di rendita dal 1° febbraio 2016). Come già indicato (consid. 8.8 del presente giudizio), incombe all'amministrazione l'onere della prova relativa agli intervenuti miglioramenti dello stato di salute legittimanti, se del caso, l'adeguamento della rendita intera accordata all'insorgente dal 1° settembre al 30 novembre 2013.

E. 9.1

Nella decisione impugnata del 28 luglio 2017, l'autorità inferiore, fondandosi segnatamente sulla perizia pluridisciplinare del SAM del 2 maggio 2017 (la quale raccoglie i pareri di esperti in medicina interna, reumatologia, psichiatria, urologia e ginecologia), ha riconosciuto all'interessata - oltre al diritto di percepire una rendita intera dal 1° settembre 2013 al 30 novembre 2013 - il diritto di percepire tre quarti di rendita dal 1° dicembre 2013 al 31 gennaio 2016 e un quarto di rendita dal 1° febbraio 2016 e continua. Nella perizia pluridisciplinare del SAM del 2 maggio 2017 (doc. A 137 pag. 497) sono state ritenute le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: "anginofobia (ICD-10 F40.2) D.D: disturbo del comportamento alimentare non specificato (ICD-10 F50.9) e nevrastenia (ICD-10 F48.0)" (cfr. doc. A 137 pag. 525). I periti hanno altresì ritenuto quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa: "sindrome cervicolumbovertebrale cronica, in: (1) probabile discopatia L5-S1, (2) disturbi statici del rachide (appiattimento della colonna dorsale, iperlordosi lombare, scoliosi sinistro-convessa dorsale, destro-convessa lombare) e (3) decondizionamento e sbilancio muscolare; periartropatia omeroscapolare a sin., in artrosi acromioclaveare; infezione delle vie urinarie basse recidivante (cistite recidivante a Klebsiella plurisensibile); assicurata in postmenopausa (FSH 82 mUI/ml, LH 51.91 mUI/ml il 6 ottobre 2016) menarca a 14 anni; stato dopo taglio cesareo 1991 (3250 g) con anamnesticamente aumento ponderale di 30 Kg in gravidanza; stato dopo amenorrea da ottobre 2012 in concomitanza di anoressia; ensitometria ossea del 1° settembre 2015 con valori di z score nella norma; stato dopo sterilizzazione a 33 anni; anamnesticamente mammografia 2016 normale; paptest del 20 aprile 2015 negativo; noto prolasso mitralico; ipertensione arteriosa in trattamento; tabagismo cronico" (cfr. doc. A 137 pag. 525). I periti hanno infine ritenuto un'incapacità lavorativa, sia nell'attività abituale che in attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali, del 100% da febbraio 2013 ad agosto 2013, del 70% da settembre 2013 e del 50% dal 20 ottobre 2015 e continua (intesa come combinazione tra riduzione del tempo e riduzione del rendimento, eventuali pause sono già conteggiate nella valutazione complessiva della capacità lavorativa; cfr. doc. A 137 pag. da 530 a 532). Gli esperti del SAM hanno pure indicato che l'attuale grado d'incapacità lavorativa in qualsiasi attività è del 50% (cfr. doc. A 137 pag. 530) e stabilito una residua

capacità del 70% per quanto riguarda lo svolgimento delle mansioni domestiche, valutazione che, se di rilievo, avrebbe però dovuto essere convalidata tramite un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica (cfr. doc. A 137 pag. 534). I periti hanno altresì precisato che l'incapacità lavorativa è originata unicamente dalla patologia psichiatrica (cfr. doc. A 137 pag. 526). Nel rapporto dello specialista in psichiatria dott. K. _____ del 15 febbraio 2017 (cfr. doc. A 137 pag. da 553 a 562), al di là della diagnosi psichiatrica menzionata nella summenzionata perizia pluridisciplinare e delle relative incapacità lavorative, per quanto attiene alle risorse personali dell'insorgente viene rimandato a quanto riportato nei capitoli della perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2017 nella quale "questi aspetti sono stati trattati in maniera dettagliata" (cfr. doc. A 137 in particolare pag. 561).

E. 9.2

La ricorrente ha contestato il fondamento della decisione impugnata e chiesto il riconoscimento di una rendita intera anche successivamente al 30 novembre 2013 non essendo intervenuto alcun miglioramento duraturo del suo stato di salute né il 1° settembre 2013 né il 20 ottobre 2015 né ulteriormente (perlomeno fino alla data della decisione impugnata). Continuerebbero comunque a far difetto le risorse personali per poter riprendere un'attività lavorativa, la dott.ssa L. _____, sua psicoterapeuta, avendo ritenuto che "di fronte quindi a questo percorso (di cronicizzazione delle affezioni nonostante diversi ricoveri nonché visite settimanali alternate a sedute di terapia EMDR con la dott.ssa M. _____ [psicologa e psicoterapeuta] di B. _____), non resta che evidenziare la gravità del disturbo e la delicatezza dei progressi fin qui fatti. Progressi che possono essere mantenuti e costituire elementi di progressiva uscita dalla malattia solo nella misura in cui A. _____ (la ricorrente) possa portare avanti con continuità il percorso fin qui effettuato, in cui mantenere una alimentazione costante, corretta e controllata, uno stile di vita tranquillo ed emotivamente rassicurante nel proprio nucleo familiare, e l'accesso al percorso di cura con continuità e senza coinvolgimento alcuno dell'andamento quotidiano così descritto". Sarebbe costantemente monitorata per il pericolo di ricaduta. La ricorrente si duole pure del fatto che la cartella clinica del suo ricovero presso B. _____ dal 28 marzo al 20 maggio 2017 non appare essere stata debitamente presa in considerazione e dunque correttamente valutata la situazione nel suo insieme.

E. 9.3.1

Questo Tribunale osserva che è incontestato - né vi sono motivi per un intervento d'ufficio in tale ambito - che alle valutazioni medico-lavorative dei periti del SAM negli ambiti della medicina interna, della reumatologia, dell'urologia e della ginecologia può essere riconosciuto pieno valore probatorio. Le perizie dei periti del SAM del 3 febbraio 2017 in urologia (doc. A 137 pag. da 548 a 550), del 6 febbraio 2017 in reumatologia (doc. A 137 pag. da 541 a 547) e del 20 febbraio 2017 in ginecologia (doc. A 137 pag. da 551 a 552) adempiono i presupposti richiesti dalla giurisprudenza, sono complete e prive di contraddizioni e correttamente riassunte nella perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2017 (la quale comprende anche il parere di un perito specializzato in medicina interna). Questo Tribunale ritiene quindi che può essere condivisa la conclusione dei periti del SAM secondo cui - nonostante le affezioni di cui soffre negli ambiti della medicina interna, della reumatologia, dell'urologia e della ginecologia -, la ricorrente, da questo profilo, ha una totale capacità lavorativa. Peraltro, l'insorgente non ha messo in dubbio la validità di tali conclusioni né ha fatto valere di avere altre patologie - oltre a quella psichiatrica che sarà

esaminata di seguito - aventi un influsso sulla sua capacità lavorativa. Ne consegue che può senz'altro essere ritenuto - perlomeno fino alla data della decisione impugnata - che unicamente la problematica psichiatrica ha comportato un'incapacità lavorativa per la ricorrente. Peraltro, è pure incontestato, senza che si renda necessario un intervento d'ufficio di questo Tribunale sulla questione, che lo statuto dell'insorgente, se non fossero intervenuti i problemi di salute da giugno 2012, sarebbe stato quello di persona attiva in un'attività professionale nella misura del 100%.

E. 9.3.2

Resta pertanto da esaminare quale incapacità lavorativa deve essere ritenuta in ambito psichiatrico a decorrere da settembre del 2013 e fino alla data della decisione litigiosa.

E. 9.3.2.1

In ragione delle affezioni in ambito psichiatrico giova rilevare quanto segue: al di là della non perfetta coincidenza delle diagnosi poste nei diversi rapporti o perizie psichiatriche, quelle indicate nella perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2017 ed aventi incidenza sulla capacità lavorativa - di anginofobia (ICD-10 F40.2), disturbo del comportamento alimentare non specificato (ICD-10 F50.9) e nevrasenia (ICD-10 F48.0) - sussistevano già al momento della concessione della rendita intera e tuttora sussistono (cfr. doc. A 137 pag. 525) e ben riassumono le affezioni di cui soffre la ricorrente al più tardi da febbraio del 2013.

E. 9.3.2.2

Per i motivi che saranno indicati di seguito, il rapporto del perito psichiatrico dott. K. _____ del 15 febbraio 2017, ripreso nella perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2017, non convince per quanto attiene ai miglioramenti dello stato di salute della ricorrente che sarebbero intervenuti nel settembre del 2013 e poi ancora nell'ottobre del 2015 e che le avrebbero permesso di ritrovare una residua capacità lavorativa dapprima del 30% (dal 1° settembre del 2013) e poi del 50% (dal 20 ottobre 2015) sia nella precedente attività svolta sia in ogni altra sostitutiva confacente.

E. 9.3.2.3

Evocato miglioramento dello stato di salute del 1° settembre 2013 Quanto al miglioramento dello stato di salute della ricorrente che sarebbe intervenuto nel mese di settembre del 2013, questo Tribunale rileva che non è stato spiegato dal perito dott. K. _____, tanto meno in modo intelligibile e convincente - in cosa sarebbe consistito tale miglioramento (che avrebbe comportato il passaggio da una incapacità lavorativa del 100% ad una incapacità del 70% sia nella precedente attività sia in attività sostitutive adeguate).

Informazioni/motivazioni concludenti al riguardo non sono reperibili né nelle perizie del dott. G. _____ del 13 agosto 2013 e del dott. H. _____ del 1° settembre 2014 (e suoi complementi del 17 aprile e 29 maggio 2015) né nella perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2017, e relativo rapporto psichiatrico del 15 febbraio 2017 del dott. K. _____, né nei diversi rapporti SMR (segnatamente quelli del 4 maggio 2017 [doc. A 139 pag. 580] nonché del 6 e del 10 luglio 2017 [cfr. doc. A 147 pag. 731 e doc. A 148 pag. 733]). Certo, nell'agosto del 2013 il dott. G. _____ - specialista in psichiatria e psicoterapia che ha visitato l'insorgente per conto dell'assicuratore infortuni (doc. B 14 pag. 27) - ha indicato che da un punto di vista strettamente medico-psichiatrico non ravvedeva alcuna controindicazione per una ripresa dell'attività precedentemente svolta, inizialmente nella misura parziale del 50% a partire dal 15 settembre 2013, tenendo altresì presenti eventuali

limitazioni da un punto di vista internistico-endocrinologico-metabolico valutate dallo specialista dott. N._____. Tuttavia, tale valutazione era di natura prognostica e legata alla volontà manifestata dall'insorgente stessa di volere riprendere al più presto possibile un'attività lavorativa che in effetti è stata effettivamente ripresa al 50% - tuttavia senza successo - nel mese di settembre del 2013. In effetti, tale tentativo lavorativo è stato interrotto dopo soli 3 giorni in quanto l'insorgente medesima ha perso in quella fase tra i 2 e i 4 Kg. A comprova del fallimento della ripresa lavorativa vi è il responso dell'esame Holter metabolico eseguito tra il 23 e il 25 settembre 2013 da cui emerge un elevato dispendio energetico il quale - è noto - causa un calo ponderale (cfr. doc. A 64 pag. 196). Pure nella valutazione del 15 gennaio 2014 del dott. N._____, specialista in medicina interna, è stato indicato che il tentativo di ripresa del lavoro nella misura del 50% nell'abituale attività lavorativa, la quale richiede un impegno fisico almeno moderato, è stato tollerato malissimo (cfr. doc. 40 pag. 80 dell'incarto dell'assicuratore malattia [di seguito: doc. C 40 pag. 80]). Non va poi dimenticato che - con certificato medico del 25 settembre 2013 - il dott. C._____ (medico chirurgo, ortopedico traumatologo, medico curante) ha attestato una perdurante totale incapacità lavorativa, con necessità di riposo per trenta giorni (doc. A 28 pag. 127). Neppure nella successiva perizia psichiatrica del dott. H._____ (specialista in psichiatria e psicoterapia, medico del Centro peritale per le assicurazioni sociali [CPAS]) del 1° settembre 2014, e relativi complementi del 17 aprile e 29 maggio 2015, è indicato in modo chiaro e intelligibile il motivo che giustificerebbe la conclusione relativa all'evocato intervenuto miglioramento dello stato di salute della ricorrente a decorrere dal 1° settembre 2013 legittimante una capacità lavorativa del 30%, miglioramento che non è ravvisabile neppure in una data successiva (e perlomeno fino al giorno della citata seconda perizia psichiatrica del 1° settembre 2014 e suoi complementi [doc. A 64 pag. 182, doc. A. 87 pag. 246 e doc. A 90 pag. 251]). In particolare, lo specialista dott. H._____ non ha spiegato per quale motivo l'insorgente - nonostante le indicazioni da lui stesso fornite nella perizia, secondo le quali, fra l'altro, la diagnosi dal profilo psichiatrico è dominata da una profonda astenia e da una "situazione cristallizzata in cui l'assicurata viene accudita anche nelle funzioni di casalinga e che i tentativi di trattamento, conformi comunque alle regole, non sembrano aver condotto che a risultati parziali" e il circolo vizioso "indotto dalla fobia specifica, dal dimagrimento e dal quadro neurastenico non sembrano permettere al momento un'esigibilità dello sforzo di volontà per cui, almeno temporaneamente, ritengo che sia da considerare che nell'attività abituale la capacità lavorativa è nettamente inficiata (doc. A 64, segnatamente pag. 192 in fine, 193 e 194) - disporrebbe non di meno delle risorse personali per una ripresa, anche solo nella misura del 30%, dell'attività lavorativa (cfr. anche complemento peritale del 17 aprile 2015). In quest'ottica, anche questa perizia, come peraltro anche quella del dott. G._____, non risponde affatto, tanto meno appieno, alle condizioni di una procedura di accertamento strutturata come prevista dalla DTF 143 V 418 in combinazione con la DTF 141 V 281. Nel complemento peritale del 17 aprile 2015, il dott. H._____ travisa anche la portata del rapporto della dott.ssa L._____ del 20 novembre 2013 (doc. A 64 pag. 202), da cui non emerge affatto un miglioramento dello stato di salute psichico della ricorrente (da non confondere altresì con un semplice incremento ponderale) che possa giustificare una ripresa, anche solo parziale e nella misura del 30%, di un'attività lavorativa (compresa la precedente). Anzi, nel rapporto della specialista curante del 20 novembre 2013 è esplicitamente indicato che la ricorrente presenta una condizione fisica fragile e solo in parziale stabilizzazione e che qualsiasi tipologia di attività fisica che comprenda un dispendio calorico eccessivo andrebbe ad

inficiare il lavoro clinico sino ad allora svolto esponendo l'insorgente ad un aggravamento dello stato di salute con gravissimi rischi per la propria incolumità e per la propria vita. Sempre in quest'ottica, non soccorre il perito dott. H._____ neppure la generica indicazione che il continuo permanere in una situazione di completa immobilizzazione ed accudimento non costituisce, a suo giudizio, la giusta terapia e che una minima attivazione, benché graduale ed eventualmente supportata, potrebbe essere d'aiuto. In effetti, da quest'ultima valutazione non è ravvisabile alcun miglioramento dello stato di salute della ricorrente fino alla data della perizia del 1° settembre 2014, tanto meno dimostra - nel senso della verosimiglianza preponderante - l'esistenza di risorse personali sufficienti per una ripresa da parte della ricorrente di un'attività lavorativa, foss'anche la precedente, nella misura del 30%. Non soccorrono l'autorità inferiore neppure la perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2017, e annesso rapporto del 15 febbraio 2017 dello psichiatra dott. K._____, né i diversi rapporti SMR, che si limitano a riprendere acriticamente o comunque senza motivazione topica e convincente, le valutazioni in particolare dello psichiatra dott. H._____. Per conseguenza, non sono dati i presupposti, di cui segnatamente all'art. 17 LPGGA, per una revisione della rendita dell'insorgente nel senso della sua riduzione da intera a tre quarti con decorrenza dal 1° dicembre 2013.

E. 9.3.2.4

Evocato miglioramento dello stato di salute del 20 ottobre 2015 Con riferimento al miglioramento dello stato di salute della ricorrente intervenuto secondo l'autorità inferiore il 20 ottobre 2015, ossia in concomitanza con le dimissioni dalla casa di cura B._____ in cui è stata ricoverata dal 18 agosto al 19 ottobre 2015, questo Tribunale osserva che il perito psichiatrico del SAM ha indicato che "tenuto conto del miglioramento clinico emerso in occasione del ricovero stazionario presso B._____ dal momento della dimissione in avanti l'incapacità lavorativa è rimasta a mio avviso assestata sul 50%". Tuttavia, né nella perizia psichiatrica del perito del SAM, né nella perizia pluridisciplinare, né nei successivi rapporti SMR, è indicato in maniera chiara in cosa consiste il miglioramento clinico che sarebbe intervenuto in occasione della degenza presso la casa di cura B._____ tra il 15 agosto e il 19 ottobre 2015 (cfr. rapporto d'uscita del 19 ottobre 2015 [doc. A 137 pag. 563]) e perché tale miglioramento giustificherebbe una capacità lavorativa del 50% nella precedente attività ed in ogni altra confacente. Certo, questo Tribunale osserva che al momento del ricovero la ricorrente pesava 51.1 Kg (BMI 17.07) e che alle dimissioni il suo peso era di 60.4 Kg (BMI 19.95). Tuttavia, il solo fatto che la ricorrente sia stata dimessa dal ricovero in ospedale e vi sia stato durante la degenza un aumento ponderale non è di per sé sufficiente per dimostrare un miglioramento stabile/perdurante dello stato di salute psichico della ricorrente, tanto meno il recupero delle risorse personali necessarie a giustificare una ripresa lavorativa nella misura del 50%. Occorre al proposito rilevare, da un lato, che nel rapporto d'uscita del 19 ottobre 2015 non è fatto stato di alcun miglioramento clinico e, dall'altro lato, che l'insorgente ha proseguito il trattamento delle sue affezioni psichiatriche in regime di day hospital presso la medesima struttura specializzata, e più precisamente dal 20 ottobre 2015 al 21 gennaio 2016 (cfr. dichiarazione di ricovero del 20 ottobre 2015 [doc. A 117 pag. 395], nonché rapporto d'uscita del 21 gennaio 2016 [doc. A 137 pag. 565]). Inoltre, anche successivamente al 21 gennaio 2016, non è stato spiegato dal perito psichiatrico dott. K._____, tanto meno compiutamente, in cosa sarebbe consistito il miglioramento dal profilo psichiatrico, le diagnosi essendo rimaste sostanzialmente invariate, e perché tale miglioramento avrebbe consentito di ritrovare delle risorse personali sufficienti a svolgere un'attività lavorativa nella misura del 50% sia nella precedente attività

sia in ogni altra sostitutiva confacente. Anzi, al punto 5 della perizia psichiatrica del dott. K._____ del 15 febbraio 2017 è indicato quanto segue: "Rispetto al funzionamento descritto come quasi iperattivo precedente all'evento traumatico vissuto l'A. presenta ora un profondo calo d'energia, una stanchezza, un senso di fragilità che la fa sentire maggiormente aggredibile e una astenia che si presenta anche dopo sforzi minimi che se da un lato la costringe a chiedere l'assistenza dei famigliari per l'assolvimento delle attività domestiche dall'altro non fa altro che aumentare il già basso sentimento della sua forza" (doc. A 137 pag. 557 e 558). alcuna discussione/valutazione è fatta con riferimento a tale descrizione delle risorse personali della ricorrente in relazione alla conclusione secondo la quale l'incapacità lavorativa sarebbe del 50% sia nella precedente attività sia in ogni sostitutiva. Ne discende che tale perizia psichiatrica - che ha fondamentalmente determinato anche le risultanze della perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2017 e le successive valutazioni dei medici SMR - non può essere qualificata di *lege artis* ai sensi della DTF 143 V 418 in combinazione con la DTF 141 V 281. La semplice lettura del 5 punto, testé riportato, della perizia psichiatrica del 15 febbraio 2017, conferma per contro appieno l'opinione della psicoterapeuta della ricorrente, la dott.ssa L._____, secondo la quale le risorse personali della ricorrente sono sufficienti per uno stile di vita tranquillo ed emotivamente rassicurante nel proprio nucleo familiare e l'accesso al percorso di cura (psicoterapia, dietologo, psichiatra e MMG) con continuità e senza sconvolgimento alcuno dell'andamento quotidiano così descritto (rapporto del 31 luglio 2017 [allegato al doc. TAF 1]). Anche il nuovo ricovero nella casa di cura B._____, in ambito psichiatrico, intervenuto a poco più di un mese dall'effettuazione delle singole perizie alla base della perizia pluridisciplinare del SAM, e durato dal 28 marzo al 20 maggio 2017 (doc. TAF 1 [rapporto di dimissione della casa di cura B._____ del 20 maggio 2017]), dimostra ulteriormente, a non averne dubbio e nel senso perlomeno della probabilità preponderante, la fragilità della situazione psichica della ricorrente e l'assenza di risorse superiori a quelle indicate dalla sua psicoterapeuta e che sarebbero assolutamente necessarie per svolgere un'attività lavorativa in un mercato del lavoro supposto equilibrato rispettivamente sufficienti per esercitare un'attività lavorativa nella misura del 30% o addirittura del 50%. Peraltro, non soccorre il dott. K._____, per quanto attiene alla residua capacità lavorativa dapprima del 30% (dal 1° settembre 2013) poi del 50% (dal 20 ottobre 2015), neppure l'allegazione di cui alla sua perizia del 15 febbraio 2017 secondo la quale l'esame delle risorse personali dell'insorgente sarebbe stato trattato in maniera dettagliata nella perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2017. A prescindere dal fatto che gli accertamenti, ma soprattutto la valutazione delle risorse personali in relazione alla residua capacità lavorativa in ambito psichiatrico, spetta di principio al perito psichiatrico, contrariamente all'indicazione del perito psichiatra stesso, la questione non è comunque stata affatto trattata in maniera sufficientemente dettagliata nella perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2017, fermo restando che la descrizione di una giornata tipo (cfr. perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2017 punto 3.7) è insufficiente in tale ottica, a maggior ragione allorché dalla descrizione medesima emerge che la ricorrente passa la maggior parte del tempo al proprio domicilio, più che altro si riposa, legge dei libri e guarda qualche programma alla TV, ma non ha hobby particolari, non effettuate passeggiate o attività sportive e ha poche amicizie.

E. 9.3.3

Assenza di un miglioramento dello stato di salute (segnatamente al 1° settembre 2013 e al 20 ottobre 2015) comportante una residua capacità lavorativa. Ne consegue che per le ragioni precedentemente indicate, la valutazione psichiatrica del SAM del 2 maggio 2017 -

basata in particolare su quella del perito dott. K. _____ del 15 febbraio 2017 e del dott. H. _____ del 1° settembre 2014 - non convince per quanto attiene ad una ritrovata capacità lavorativa del 30% al 1° settembre 2013 e del 50% dal 20 ottobre 2015. In effetti, non è dato di sapere, in relazione alle risorse personali della ricorrente descritte da loro stessi come estremamente ridotte se non totalmente assenti (cfr. considerandi 9.3.2.3 e 9.3.2.4 del presente giudizio), si possa poi giungere alla conclusione di una ritrovata e residua capacità lavorativa del 30% e poi del 50%. Basti ancora rilevare che nella perizia pluridisciplinare del SAM è stato ritenuto che l'insorgente avesse le risorse personali per riprendere effettivamente un'attività, ma con una capacità lavorativa residua del 50%, nonostante che il perito psichiatrico avesse descritto la ricorrente, fra l'altro, come una persona con un sentimento di insufficienza di sé, che si percepisce debole ed inefficiente, che si sente fundamentalmente angosciata, inerme e quasi rassegnata (cfr. perizia psichiatrica del 15 febbraio 2017 [doc. A 137 pag. 556]) e indicato che "il disturbo ha portato l'assicurata a perdere la fiducia nelle sue possibilità di riuscita rendendola fortemente inficiata nella realizzazione dei suoi compiti come effetto del crollo verticale della sua auto immagine di donna che era sempre stata attiva e laboriosa" (cfr. perizia psichiatrica del 15 febbraio 2017 [doc. A 137 pag. 561]). Peraltro, questo Tribunale osserva ancora che già nella perizia psichiatrica del 1° settembre 2014, il dott. H. _____ aveva ritenuto che la capacità lavorativa della ricorrente era nettamente inficiata, che con l'allontanamento dal lavoro (dovuto a motivi psichiatrici legati essenzialmente all'avvenimento d'ostruzione delle vie respiratorie del giugno 2012 [soffocamento da cibo]), l'insorgente vive in un notevole ritiro sociale e che si muove solo minimamente in modo autonomo e ciò nonostante una terapia che appare corretta (cfr. doc. A 64 pag. 193 e 194). Inoltre, nel rapporto del 7 dicembre 2015 il dott. O. _____ (doc. A 117 pag. 383 e segg.), specialista in psichiatria, ha fra l'altro indicato che dopo il fallimento della ripresa del lavoro il 23 settembre 2013 (durato 3 giorni ed interrotto dall'ufficio del personale per la vistosità del decadimento fisico), ad un anteriore positivo vissuto dovuto alla lenta ma progressiva ripresa del peso, ha fatto riscontro il ripresentarsi dell'emotività di chi percepisce la ricaduta e si scoraggia di fronte alla perdita dei risultati ottenuti, ricaduta che "hanno incatenato la situazione ad un disagio personale e ad una sofferenza veramente elevati e nell'anno 2014 si è assistito ad una cronicizzazione dello stato emotivo della signora che verbalizza la difficoltà ad uscire da uno schema alimentare ed emotivo diverso da quello in cui ormai si sente" (doc. A 117 pag. 387). Lo specialista ha poi ancora indicato che "si deve prendere atto che associata alla sindrome fobica post-traumatica (...) nel soggetto si è costituita una sindrome depressiva di elevata gravità, stante anche le connotazioni personologiche di fondo. La completezza sindromica sopradettagliata che si è andata costituendo anche per la presa di consapevolezza del proprio deficit funzionale - eminentemente in ambito lavorativo, stante l'investimento in tale ambito della autostima del soggetto - ha comportato anche la sussistenza nel soggetto di un senso di astenia (nel caso specifico aggravato dal decadimento fisico) ed una dispersività della concentrazione (nel caso specifico perturbata anche dall'ansia anticipatoria di derivazione della sindrome fobica oltre che dalla terapia in atto sia timolettica, sia ansiolitica [...]). Queste sole condizioni psicopatologiche erano in grado di perturbare in maniera rilevante l'efficienza del soggetto al lavoro, esponendo anche ad un elevato rischio di errori/incidenti. In tale condizione psicopatologica l'inserimento del soggetto in un ruolo lavorativo - da cui è stata prudenzialmente fatta astenersi nel 2013 - avrebbe comportato il suo impatto con l'attestazione inequivocabile della ineludibilità del proprio fallimento, dalla cui rielaborazione in funzione delle caratteristiche del soggetto

(rigidità del senso del dovere e perfezionismo) sarebbe derivato un aggravamento della complessiva distimica, potenzialmente in termini anche gravi nelle sue conseguenze" (doc. A 117 pag. 393 e 394). Lo psichiatra O._____ ha quindi concluso - al pari della psicoterapeuta dell'insorgente dott.ssa L._____, che "le condizioni psicopatologiche del soggetto hanno comportato la sua totale inabilità al lavoro nell'anno 2013 e fino all'attuale ricovero specialistico tuttora in atto" (in day hospital dal 20 ottobre 2015). Questa situazione - conto tenuto della riportata descrizione delle risorse di cui alla perizia pluridisciplinare del SAM del 2 maggio 2017 e soprattutto di quella dello psichiatra dott. K._____ del 15 febbraio 2017 - è da ritenersi invariata, con probabilità preponderante, perlomeno fino alla data della decisione litigiosa. Può essere rinviato in merito alle risorse personali della ricorrente anche alla descrizione della dott.ssa L._____ del 31 luglio 2017 (cfr. allegato al doc. TAF 1), che risulta convincente ed affatto esagerata. Giova inoltre rammentare che dopo essersi sottoposta alle singole visite peritali in relazione con la perizia pluridisciplinare del SAM, la ricorrente è stata nuovamente ricoverata in ospedale, con specializzazione in psichiatria, dal 28 marzo al 20 maggio 2017 e che dal rapporto di dimissioni del 20 maggio 2017 risulta che stata ritenuta indispensabile, anche dopo la dimissione, una cura ambulatoriale non solo da parte della propria psicoterapeuta dott.ssa L._____, ma pure periodicamente dalla psichiatra dott.ssa D._____, dalla psicoterapeuta dott.ssa M._____ e dalla dietista P._____ (allegato al doc. TAF 1 [cfr., sui nominativi dell'equipe multidisciplinare di B._____, doc. A 104 pag. 324]). Conto tenuto dell'insieme delle circostanze determinanti del caso di specie, non emerge dalle carte processuali alcun serio elemento per poter ritenere, nel senso della probabilità preponderante, che la ricorrente abbia ritrovato le risorse personali sufficienti per svolgere in modo duraturo un'attività lavorativa, a decorrere dal 1° settembre 2013 (una prova di lavoro fallimentare, effettuata nel settembre del 2013, avendo peraltro dimostrato nei fatti che la ritenuta capacità lavorativa medico-teorica non era realizzabile dall'insorgente in un mercato equilibrato del lavoro per mancanza delle necessarie risorse) o ulteriormente fino alla data della decisione impugnata, sia nella sua precedente attività sia in ogni altra sostitutiva confacente, tanto meno in misura del 30% o addirittura del 50%. Dalle carte processuali emerge altresì un ritiro sociale quasi totale e un livello d'attività nullo persino per quanto attiene allo svolgimento delle mansioni domestiche (v. anche perizia psichiatrica del 15 febbraio 2017 [doc. A 137 pag. 557 e 558), pertanto anche per le mansioni meno impegnative rispettivamente richiedenti minimi sforzi d'energia, livello di attività nullo non originato però da un'assenza di volontà della ricorrente. Da questo profilo, anche lo psichiatra incaricato dal SAM, ossia il dott. K._____, ha indicato, da un lato, che non ha potuto mettere in evidenza, da parte dell'insorgente, tendenze all'aggravamento intenzionale dei sintomi né tentativi di manipolazione né tanto meno aspetti che facessero pensare ad una simulazione e, dall'altro, che non si poteva neppure parlare di problemi di "compliance" terapeutica, la ricorrente avendo sempre aderito alle proposte terapeutiche (doc. A 137 pag. 558 e 560). Siccome l'onere della prova di una ritrovata effettiva capacità lavorativa compete nel caso concreto all'amministrazione e che tale prova fa difetto, occorre continuare a ritenere la ricorrente inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività lavorativa perlomeno fino alla data della decisione litigiosa.

E. 9.4

Ciò premesso, questo Tribunale ritiene che nel caso di specie si debba rinunciare ad un rinvio degli atti all'autorità inferiore per ulteriori complementi istruttori, segnatamente dal profilo psichiatrico, in quanto non vi sono da attendersi dagli stessi nuovi elementi di

giudizio determinanti (valutazione anticipata delle prove: DTF 136 V 229 consid. 5.3 con rinvii). Nel caso concreto, la ricorrente è stata infatti peritata da numerosi specialisti in psichiatria, i quali non hanno ritenuto rispettivamente saputo dimostrare, nel senso della probabilità preponderante, alcun miglioramento dello stato di salute suscettibile di comportare una ritrovata capacità lavorativa nella precedente attività od in ogni altra sostitutiva adeguata e, in particolare, il recupero delle necessarie risorse personali a tal fine. Anzi, il ricovero dell'insorgente dal 28 marzo al 20 maggio 2017, dimostra ancora una volta in modo esemplare l'assenza di un miglioramento duraturo delle condizioni di salute della ricorrente suscettibili di comportare una ritrovata capacità lavorativa. La situazione psichica di quest'ultima - dopo l'episodio di "soffocamento alimentare" del giugno del 2012 - rimane talmente precaria e fragile che la psichiatra dott.ssa D._____ (di B._____, dove la ricorrente è già stata ricoverata almeno altre due volte nel 2015 e nel 2017, nonostante la continua terapia ambulatoriale) ha indicato nel suo certificato dell'8 febbraio 2018 (doc. TAF 10), dunque persino posteriormente alla decisione impugnata, che i disturbi psichici sono gravi e che la ricorrente è nuovamente stata inserita in lista d'attesa per un nuovo percorso riabilitativo in regime di ricovero stazionario. Non sussiste quindi alcuna seria possibilità che una nuova misura istruttoria, nella forma dell'ennesima perizia psichiatrica, possa infine dimostrare, con la necessaria verosimiglianza preponderante, l'esistenza di un miglioramento duraturo dello stato di salute della ricorrente intervenuto tra il 1° settembre 2013 e il 28 luglio 2017 (data della decisione impugnata), nel senso segnatamente del recupero duraturo delle necessarie risorse personali a tal fine. Peraltro, a ben vedere e per i motivi precedentemente indicati, non sono solo la dott.ssa L._____, il dott. O._____ e la dott.ssa D._____ (tutti medici interpellati o curanti dalla ricorrente stessa), ad avere escluso esplicitamente od implicitamente la sussistenza di un miglioramento duraturo (con sussistenza di sufficienti risorse personali) per la ripresa da parte dell'insorgente di un'attività lavorativa nel periodo determinante, ma nei fatti persino il dott. H._____ e il dott. K._____, psichiatri incaricati dall'autorità inferiore, anche se poi la valutazione sulla residua capacità lavorativa diverge sensibilmente e senza valida spiegazione dalla descrizione dei fatti da loro stessi indicati (e precedentemente riportati) circa l'inesistenza di sufficienti risorse personali.

E. 9.5

Basti ancora rilevare, a titolo del tutto abbondanziale, che nonostante quanto precedentemente indicato e in particolare il fatto che vi sia stata nel settembre del 2013 una prova di lavoro fallimentare/non riuscita, l'autorità inferiore non ha neppure ritenuto necessario rispettivamente opportuno di adottare - prima delle revisioni della rendita pronunciate con la decisione impugnata - delle misure professionali a favore della ricorrente, frontaliera, nel senso della messa in atto di una nuova prova di lavoro avente per scopo di determinare l'esistenza di una effettiva, e non solo teorica, residua capacità lavorativa, come indicato (peraltro comunque a torto secondo questo Tribunale) dai periti del SAM.

E. 10

Per conseguenza, il ricorso va accolto e la decisione impugnata del 28 luglio 2017 va riformata nel senso che alla ricorrente è riconosciuto il diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità anche successivamente al 30 novembre 2013. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda al calcolo delle prestazioni di legge riconosciute e dovute compresi gli arretrati a partire dal mese di

dicembre 2013 e gli eventuali interessi.

E. 11.1

Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali e dal relativo anticipo, è divenuta priva di oggetto.

E. 11.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. 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]). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.- (compresi i disborsi ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-4/2019 del 26 settembre 2019 consid. 6.9 con rinvii]), per il rappresentante professionale della ricorrente che non è avvocato (art. 10 cpv. 1 e 2 TS-TAF) e che è intervenuto nel caso di specie, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante medesimo. 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.