

# **BVGer C-7329/2017 vom 27. Dezember 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-12-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-7329\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7329_2017)

FR: TAF C-7329/2017 du 27 décembre 2019

IT: TAF C-7329/2017 del 27 dicembre 2019

## **Regeste**

Revisione della rendita

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2). Il Tribunale amministrativo federale 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'UAIE.

### **E. 1.2**

La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). 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). Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa 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), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA. Secondo le regole generali del diritto intertemporale, si applicano le norme procedurali in vigore al momento dell'esame del ricorso (DTF 130 V 1 consid. 3.2).

### **E. 1.3**

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

### **E. 2**

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGA). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF 2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della

controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). L'autorità di ricorso si limita, di principio, ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

### **E. 3.1.1**

Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, 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 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1).

### **E. 3.1.2**

Nella fattispecie con decisione del 20 novembre 2017 l'autorità di prime cure ha soppresso la rendita intera accordata dal 1° febbraio 2012 con effetto dal 1° gennaio 2018. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le eventuali modifiche successive intervenute fino alla data della decisione impugnata.

### **E. 3.2**

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. 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 e meglio il 20 novembre 2017 (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). 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 (sentenze del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

### **E. 4**

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, 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 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015

343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

#### **E. 5.1**

Oggetto del contendere è la soppressione, con effetto dal 1° gennaio 2018, del diritto di A.\_\_\_\_\_ di percepire la rendita intera di invalidità riconosciutagli dal 1° febbraio 2012. In concreto va quindi esaminato se la situazione di salute, rispettivamente la capacità lavorativa dell'assicurata, sono migliorate in misura tale da giustificare la soppressione della rendita intera o eventualmente la riduzione del grado di invalidità.

#### **E. 5.2**

Il rifiuto di accordare provvedimenti professionali non è per contro contestato. In relazione a questo particolare rapporto giuridico la decisione è pertanto passata in giudicato.

#### **E. 5.3**

L'insorgente fondandosi sulla documentazione medica agli atti, in particolare sui rapporti del dott. N.\_\_\_\_\_ del 7 dicembre 2015, 15 marzo 2017 (allegati al doc. UAIE 93), 9 giugno 2017 (allegato al doc. UAIE 97) e 14 marzo 2018 (allegato al doc. TAF 6), ritiene che non è intervenuto alcun miglioramento né dello stato di salute né della capacità lavorativa dal 24 novembre 2015 e che, al contrario, le sue affezioni sarebbero perfino peggiorate (doc. TAF 1 e allegati, doc. TAF 10 e allegati). Essa contesta altresì il calcolo del confronto dei redditi, nonché l'esigibilità di svolgere un'attività lavorativa sostitutiva adeguata, ad ogni modo non in misura superiore al 50%, in ragione delle limitazioni funzionali accertate (doc. TAF 1 pag. 11). La ricorrente afferma infine di non avere sviluppato negli anni né un migliore adattamento né una migliore gestione del dolore (doc. TAF 10 pag. 3).

#### **E. 5.4**

L'amministrazione ritiene per contro, segnatamente sulla base degli accertamenti medici da lei commissionati pendente causa amministrativa e sugli approfondimenti eseguiti pendente causa (doc. UAIE 93, 95, 100, 107, allegati al doc. TAF 6), che la ricorrente ha sviluppato un miglior adattamento al danno alla salute e ai dolori, essendo stata attestata una capacità al lavoro del 50% nell'attività abituale nel campo della logistica/manutenzione dal 24 novembre 2015 e dell'80% (intesa come diminuzione del rendimento del 20%) dalla stessa data nell'esercizio di un'attività rispettosa delle limitazioni funzionali.

#### **E. 6.1**

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 a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può ragionevolmente esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete. La nozione d'invalidità di cui

all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C\_529/2008 del 18 maggio 2009). Secondo l'art. 7 cpv. 1 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 e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). Secondo l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro 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 d'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. 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 (DTF 116 V 246 consid. 1b).

## **E. 6.2**

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a 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. 6.3**

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 la metà, 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. 6.4.1**

Alfine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato. Affinché un rapporto medico acquisti valore di prova rilevante è determinante che esso sia completo in merito ai temi sollevati, si fondi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi, tenga conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad

esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C\_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

#### **E. 6.4.2**

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 (DTF 125 V 351 consid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver 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 discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda le perizie di parte, 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, anche se specialisti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (sentenza del TF I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4; DTF 125 V 351 consid. 3b/cc). Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione può essere attribuito pieno valore probatorio, a condizione che essi si rivelino concludenti, compiutamente motivati e privi di contraddizioni e che, inoltre, non sussistano degli indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto sussistere delle circostanze particolari che permettono di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/ee).

#### **E. 6.4.3**

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 assurge a prova attendibile in caso di revisione, 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 (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). 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. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore

delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

#### **E. 7.1**

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

#### **E. 7.2**

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'invalidità 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'invalidità (lett. b).

#### **E. 7.3**

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. 7.4**

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 l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI.

#### **E. 7.5**

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGA). A differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica

notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (cfr. sentenza del TF 9C\_696/2007 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

### **E. 8.1**

Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto relativa all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (sentenza del Tribunale federale I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108 consid. 5).

### **E. 8.2**

Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 26 maggio 2014, data dello scritto mediante il quale l'Ufficio AI ha comunicato alla ricorrente la conferma della rendita intera di invalidità riconosciuta dal 1° febbraio 2012, dopo aver esperito una perizia pluridisciplinare (doc. UAIE 66; consid. C.c) e il 20 novembre 2017, data della decisione impugnata (doc. UAIE 110).

### **E. 9.1**

Secondo una giurisprudenza del Tribunale federale, risalente al 2004, i disturbi da dolore somatoforme, la fibromialgia ed i disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi potevano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili e non erano atti a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettibile di cagionare un'invalidità. In tale ambito, una persona era ritenuta incapace di fare simili sforzi ed era considerata invalida solo qualora presentava una comorbidità psichica importante ed adempiva determinati criteri (detti di Förster; DTF 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 e 130 V 352 consid. 2.2.3).

### **E. 9.2**

Con la sentenza 9C\_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza, abbandonando la presunzione secondo cui i disturbi da dolore somatoforme possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile da parte della persona che ne è affetta (DTF 141 V 281 consid. 3.4.2.2) nonché il requisito della presenza di una comorbidità psichica e del suo ruolo preponderante (DTF 141 V 281 consid. 4.1.1, 4.3.1.1 e 4.3.1.3). Il Tribunale federale ha dapprima rilevato che, in ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, quali l'ICD-10 (classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati) e il DSM-IV (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali);

DTF 141 V 281 consid. 2.1 e 3.2; 131 V 49 consid. 1.2; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). Il Tribunale federale ha poi stabilito che la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di disturbi da dolore somatoforme oppure di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 141 V 281 consid. 4.2) deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 3.4 e 3.6; sentenze del TF 8C\_569/2015 del 17 febbraio 2016 consid. 4.1 e 9C\_615/2015 del 12 gennaio 2016 consid. 6.3).

### **E. 9.3**

Il Tribunale federale ha stabilito degli indicatori per la valutazione del carattere invalidante delle affezioni psicosomatiche, suddividendoli in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3): A. Categoria " gravità funzionale " a. Complesso " danno alla salute " i. Risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi ii. Successo od insuccesso del trattamento iii. Successo od insuccesso della reintegrazione iv. Comorbidità b. Complesso " personalità " (diagnosi della personalità, risorse personali) c. Complesso " contesto sociale " B. Categoria " coerenza " (aspetti del comportamento) a. Limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili b. Sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione.

### **E. 9.4**

Gli indicatori della categoria " gravità funzionale " costituiscono la base della valutazione del caso concreto, le cui conclusioni dovranno poi essere analizzate nell'ambito della valutazione del caso secondo gli indicatori della categoria " coerenza ", tenendo altresì conto delle circostanze particolari della fattispecie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3 e 4.3). Il catalogo di indicatori è peraltro destinato a modificarsi in relazione agli sviluppi delle conoscenze scientifiche (DTF 141 V 281 consid. 4.1.1).

### **E. 9.5**

Per quanto attiene ai menzionati indicatori per la valutazione del caso, il Tribunale federale ha ritenuto che bisognerà tener conto maggiormente degli effetti delle affezioni psicosomatiche sulla capacità della persona di esercitare il proprio lavoro e di compiere gli atti della vita quotidiana. Nell'ambito della diagnosi, si dovrà prendere in considerazione il fatto che una diagnosi di disturbo da dolore somatoforme implica un certo grado di gravità (DTF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). Lo svolgimento e l'esito dei trattamenti terapeutici e delle misure di reintegrazione professionale forniranno altresì delle indicazioni sulle conseguenze delle affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). Bisognerà prendere in considerazione anche le risorse personali della persona in rapporto alla sua personalità ed al contesto sociale in cui vive (DTF 141 V 281 consid. 4.3.2 e 4.3.3). Sarà altresì determinante la questione di sapere se le limitazioni funzionali si manifestano nello stesso modo in tutti gli ambiti della vita (lavoro e tempo libero) e se la sofferenza implica il ricorso alle offerte terapeutiche esistenti (DTF 141 V 281 consid. 4.4 a 4.4.2).

### **E. 9.6**

Il Tribunale federale ha comunque sottolineato che la nuova giurisprudenza non implica alcuna modifica del presupposto, di cui all'art. 7 cpv. 2 LPGA, secondo cui sussiste un'incapacità al guadagno suscettibile di cagionare un'invalidità soltanto se la stessa non è obiettivamente superabile. La nuova giurisprudenza non pregiudica altresì la necessità di

riscontri oggettivi. Le valutazioni e le limitazioni soggettive che non sono spiegabili dal profilo medico non potranno essere considerate quali danni alla salute invalidanti, fermo restando che in tali casi di frequente non è seguito alcun trattamento adeguato (DTF 141 V 281 consid. 3.7.1). Pertanto, il Tribunale federale ha confermato che occorre partire dal principio che la persona che soffre di un'affezione psicosomatica è da considerarsi siccome valida (DTF 141 V 281 consid. 3.7.1 e 3.7.2).

#### **E. 9.7**

In seguito, nelle DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418, il Tribunale federale ha ritenuto che la procedura sviluppata nell'ambito dei disturbi da dolore somatoforme deve essere applicata in presenza di qualsiasi malattia psichica, in particolare anche ai disturbi depressivi di grado da leggero a medio, che devono quindi, di principio, essere valutati sulla base di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata, ai sensi della DTF 141 V 281 (DTF 143 V 418 consid. 6 e 7), al fine di stabilire l'esistenza di un'incapacità al lavoro e di un'incapacità al guadagno. Pertanto, il carattere invalidante di un danno alla salute psichica deve essere determinato nell'ambito di un esame globale, tenendo conto dei diversi indicatori, che concernono in particolare i limiti funzionali e le risorse della persona nonché il criterio della resistenza del disturbo psichico ad un trattamento effettuato secondo le regole dell'arte (DTF 143 V 409 consid. 4.4; sentenza del TF 9C\_148/2018 del 24 aprile 2018 consid. 5.2). Gli effetti funzionali di un disturbo sono più importanti della diagnosi.

#### **E. 9.8**

Si può tuttavia rinunciare ad effettuare la valutazione della capacità al lavoro di una persona nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori, allorquando questo esame non appaia necessario od appropriato. Tale è il caso, in particolare, quando dei rapporti medici chiari e ben motivati escludono la presenza di una qualsiasi incapacità al lavoro e quando, per mancanza di specializzazione da parte del medico che si pronuncia o per altri motivi, i pareri medici che esprimono un'opinione contraddittoria non appaiono sufficientemente fondati (DTF 143 V 418 consid. 7.1). Vi si può rinunciare pure allorquando le limitazioni all'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi, o costellazioni simili, ciò che esclude l'esistenza di un danno alla salute suscettibile di cagionare un'invalidità (DTF 141 V 281 consid. 2.2 nonché sentenze del Tribunale federale 9C\_534/2015 del 1° marzo 2016 consid. 2.2.2 con rinvii e 8C\_562/2014 del 29 settembre 2015 consid. 8.4). Va tuttavia rammentato che secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, va fatta una distinzione tra una tendenza all'esagerazione dei sintomi - con la conseguenza precedentemente indicata - e una semplice accentuazione dei sintomi, la quale, per contro, non consente di per sé di escludere il diritto ad una rendita (sentenza del Tribunale federale 9C\_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 4.2.1 con rinvii). Una valutazione della capacità al lavoro tramite il catalogo di indicatori non sarà altresì necessaria neppure quando i documenti medici agli atti certificano, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, la presenza di una depressione leggera, che non può essere considerata cronica e che non è associata ad alcuna comorbidità psichica (DTF 143 V 409 consid. 4.5.3).

#### **E. 10**

In occasione della procedura relativa alla domanda di rendita presentata il 29 agosto 2011 con rapporto finale del 10 settembre 2012 il dott. D.\_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di stato dopo ricostruzione del sovraspinato, sottospinoso e decompressione sottoacromiale alla

spalla sinistra e ritenuto l'insorgente totalmente inabile al lavoro per ogni tipo di attività dal 19 febbraio 2011 (doc. UAIE 31).

### **E. 11.1**

Nell'ambito della procedura di revisione avviata il 24 aprile 2013, nel rapporto del 27 maggio seguente il dott. E. \_\_\_\_\_ ha posto le diagnosi di " esiti riparazione sopraspinoso e sottospinoso spalla sx e capsulite retrattile post-chirurgica spalla sx (doc. UAIE 46 pag. 2). Il medico ha ritenuto l'insorgente totalmente inabile al lavoro dal 1° febbraio 2011 al 30 maggio 2013 (doc. UAIE 46 pag. 1), considerandola nel contempo in grado di svolgere un'attività dal carico non discontinuo, che non necessita l'utilizzo delle mani sopra la testa, il sollevamento e il trasporto di pesi (limite di peso) e l'utilizzo di scale a pioli o impalcature, senza tuttavia indicarne la percentuale (doc. UAIE 46 pag. 4).

### **E. 11.2.1**

Con perizia del 18 ottobre 2013, commissionata dal SMR, il dott. G. \_\_\_\_\_, dopo aver visitato l'insorgente il giorno stesso, ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di " omalgia cronica a sx su: stato dopo contusione della spalla il 19.02.2011, agli esami radiologici (ecografia e MRI) presenza di una tendinopatia del sopraspinato e di una borsite subacromio-deltaoidea, senza comunque lesioni maggiori a carico della cuffia, intraoperativamente riscontro di una lesione preinserzionale del sopraspinato e del sottospinato e esito dopo ricostruzione artroscopica del sopra e dell'infraspinato il 02.02.2012 (...) " ( doc. UAIE 53 pag. 7). Egli ha precisato che " all'esame clinico ho trovato una paziente ben collaborante ma un po' dimostrativa nel manifestare i suoi disturbi. I movimenti della spalla sx sono di difficile valutazione a causa di un'importante controinnervazione da lei stessa esercitata; sottolineo però come passivamente i movimenti non sembrano essere particolarmente limitati, mentre attivamente l'assicurata muove poco e male l'articolazione coinvolta " (doc. UAIE 53 pag. 7). Il perito ha inoltre evidenziato che " non si osservano segni infiammatori periarticolari. L'ulteriore stato reumatologico non presenta alcuna particolarità di rilievo. Sottolineo in modo particolare l'assenza di dolori fibromialgici sia sul tronco che alle quattro estremità ". Il dott. G. \_\_\_\_\_ ha altresì sottolineato che " l'origine dei persistenti dolori lamentati dall'assicurata resta a mio parere poco chiara. Ricordo come il dr. E. \_\_\_\_\_ avesse parlato di una capsulite retrattile sia prima che dopo l'intervento da lui eseguito. A mio parere attualmente non è presente alcuna capsulite retrattile, visto che i movimenti passivi della spalla, anche se dolenti, sono ora possibili (...). Desidero pure sottolineare come lo stesso dr. E. \_\_\_\_\_ avesse evidenziato nel suo rapporto operatorio come in narcosi i movimenti della spalla erano liberi, ciò che parla contro una capsulite retrattile. Vi è inoltre da segnalare una certa discordanza tra il reperto intraoperatorio descritto dal dr. E. \_\_\_\_\_ ed i rapporti radiologici sia ecografici che di MRI eseguiti prima dell'intervento, i quali non evidenziano alcuna rottura dei tendini dei rotatori, ma unicamente una tendinopatia del sopraspinato. Nessun segno radiologico neppure per una capsulite retrattile " (doc. UAIE 53 pag. 8). Egli ha infine rilevato che " ci troviamo perciò ora di fronte a cronici dolori alla spalla sx apparentemente scatenati dal citato infortunio del 19.02.2011 e mai migliorati malgrado le corrette terapie conservative eseguite nei mesi successivi ". Sottolineo però come non si sia mai eseguita alcuna infiltrazione della spalla né con anestetico locale né con corticosteroidi. Da un punto di vista ortopedico-reumatologico risulta ora difficile spiegare correttamente l'origine dei residui dolori lamentati dall'assicurata. Non escluderei anche una certa componente funzionale-somatoforme ad origine della cronicizzazione dei dolori " (doc. UAIE 53 pag.

8).

#### **E. 11.2.2**

Il dott. G.\_\_\_\_\_, dopo aver comunque evidenziato la necessità di esperire una nuova valutazione chirurgico-ortopedica, ha, per il momento, ritenuto l'assicurata totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività (doc. UAIE 53 pag. 9-10).

#### **E. 11.3.1**

Nella perizia pluridisciplinare del SAM del 21 maggio 2014, ordinata dall'Ufficio AI, la dott.ssa R.\_\_\_\_\_ e il dott. S.\_\_\_\_\_, entrambi specialisti in medicina interna, hanno esaminato lo stato di salute a partire dal 2012 e posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " omalgia cronica sin. su stato dopo contusione della spalla sin. il 19.2.2011 ed esiti d'intervento chirurgico di ricostruzione della cuffia dei rotatori il 2.2.2012 " (doc. UAIE 64 pag. 211).

#### **E. 11.3.2**

Da un punto di vista ortopedico il dott. H.\_\_\_\_\_, che ha esaminato l'interessata il 18 febbraio 2014, ha posto la diagnosi di " esiti di intervento chirurgico di ricostruzione della cuffia dei rotatori " (allegato al doc. UAIE 64 pag. 234). All'esame obiettivo il perito ha indicato che " risulta essere difficoltosa la valutazione dei test per il forte dolore che la paziente riferisce. Attivamente la paziente non riesce assolutamente ad abduire il braccio, considerando 0-40° con forte dolore; passivamente: mobilità della spalla in posizione sdraiata di 0-90° in abduzione e in anteposizione di 0-100°, retro posizione 0-15°. Non riscontro in effetti questa sensazione di scatto riferita dalla paziente e considerando la valutazione dell'arto superiore escludo una ipototonotrofia del muscolo in questo momento ". (...) " Non riferite parestesie all'arto superiore ". Egli ha altresì considerato non ben comprensibile la forte componente dolorosa alla luce dell'ultima risonanza magnetica che la paziente ha eseguito il giorno 27.09.2012 che mostrava una salda e corretta inserzione dell'ancora (allegato al doc. UAIE 64 pag. 234). Il dott. H.\_\_\_\_\_ ha infine evidenziato che " la prognosi a medio-lungo termine potrebbe essere di un miglioramento se si riuscisse, attraverso una serie di infiltrazioni, a controllare la sintomatologia dolorosa che impedisce un recupero funzionale " (allegato al doc. UAIE 64 pag. 235). L'esperto, alla luce dello stato doloroso della spalla con conseguenti limitazioni nella mobilizzazione attiva della stessa, ha pertanto ritenuto l'assicurata inabile al lavoro al 100%, riservandosi una rivalutazione della capacità lavorativa dopo il trattamento proposto (allegato al doc. UAIE 64 pag. 235).

#### **E. 11.3.3**

Da un punto di vista neurologico il dott. I.\_\_\_\_\_, che ha visitato la ricorrente il 19 febbraio 2014, ha posto la diagnosi di " sindrome dolorosa spalla-mano sinistra dopo trauma contusivo della spalla (19.2.2011) con consecutivo intervento sul muscolo sopraspinato, sottospinato e decompressione sottacromiale della spalla sinistra (2.2.2012) " (allegato al doc. UAIE 64 pag. 227). Il perito ha escluso deficit da ricondurre ad una problematica neurologica e pertanto ritenuto l'assicurata integralmente capace al lavoro (allegato al doc. UAIE 64 pag. 229).

#### **E. 11.3.4**

Il dott. L.\_\_\_\_\_, che ha esaminato l'insorgente il 17 febbraio 2014, ha rilevato l'assenza di patologie psichiatriche e di fattori di riduzione della capacità lavorativa e ritenuto pertanto l'insorgente totalmente abile al lavoro in qualsiasi attività lavorativa (allegato al doc. UAIE

64 pag. 225-226). Egli ha in particolare evidenziato che " l'A. manifesta principalmente dei disturbi di ordine fisico legati all'infortunio alla spalla sinistra e ai successivi interventi chirurgici eseguiti in ambito ortopedico. Prima dell'infortunio l'A. aveva sempre lavorato presso lo stesso datore di lavoro senza manifestare problemi di sorta. Successivamente l'A. oltre ai disturbi fisici ha manifestato dei problemi con il sonno a causa della sintomatologia dolorosa e un certo nervosismo legato alla difficoltà ad accettare le limitazioni fisiche intervenute senza peraltro denotare turbe psichiche e comportamenti tali da alterare il proprio funzionamento psicologico (...) " (allegato al doc. UAIE 64 pag. 224).

### **E. 11.3.5**

Complessivamente A. \_\_\_\_\_ è stata quindi ritenuta totalmente inabile al lavoro in ogni attività dal 19 febbraio 2011 (doc. UAIE 64 pag. 216-217). Gli esperti hanno in particolare sostenuto che " probabilmente si è sviluppato un dolore sulla base di un'inflammatione persistente della spalla; il nostro consulente immagina quindi che questa sia rimasta e sia alla base del problema. È probabile che ci sia anche in aggiunta la caratteristica di assottigliamento del tendine e che questo abbia un riscontro sia per quanto concerne il movimento che per quanto concerne la dolorabilità. Tutto ciò presenta un influsso sulla capacità lavorativa poiché ha un riscontro di ipomobilità dell'arto superiore e quindi d'incapacità di utilizzare quest'ultimo anche in ambito lavorativo. Attualmente l'A. ha un arto inutilizzabile a causa della forte contrattura antalgica (...) ". Essi hanno ritenuto che " la diminuzione della capacità lavorativa si giustifica considerando il dolore di cui l'A. soffre, attualmente vi sono delle limitazioni che risultano essere ben evidenti soprattutto per quanto concerne la mobilitazione attiva della spalla stessa ", precisando che " d'altra parte anche il Dr. Med. G. \_\_\_\_\_ nella sua perizia reumatologica del 18.10.2013 descriveva che sulla base delle problematiche attualmente riferite e dello stato clinico riscontrato l'A. risulta essere estremamente limitata dai persistenti dolori alla spalla sin., che la limitano fortemente nello svolgimento di qualsiasi attività. Gli esperti hanno altresì ritenuto che " secondo il nostro consulente vi potrebbero essere delle possibilità terapeutiche al fine di migliorare lo stato di salute come infiltrazioni a base di cortisonici ed anestetici che potrebbero avere un riscontro sulla mobilità della spalla così come sullo stato infiammatorio e quindi di conseguenza su un eventuale recupero della capacità lavorativa ", evidenziando che l'insorgente " potrebbe tuttalpiù unicamente svolgere lavori con il braccio ds., senza dover utilizzare il sin. (...). Pure il nostro consulente in ortopedia ritiene che potrà essere possibile prevedere una reintegrazione professionale solo qualora ci possa essere un riscontro di miglioramento per quanto riguarda il dolore alla spalla " (doc. UAIE 64 pag. 216-217).

### **E. 12.1**

In occasione della procedura di revisione in esame, nella perizia pluridisciplinare del 22 maggio 2017, ordinata dall'Ufficio AI, la dott.ssa R. \_\_\_\_\_ e la dott.ssa T. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna, hanno esaminato lo stato di salute a partire dal 2014 e posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " sindrome dolorosa cronica e impotenza funzionale alla spalla sin. in stato dopo caduta con trauma contusivo e distorsione dell'arto superiore sin. con: stato dopo ricostruzione del sovraspinato e sottospinato, nonché decompressione sottoacromiale il 2.2.2012 (Dr. Med. E. \_\_\_\_\_), brachialgia a sin. di origine non neurologica (DD muscoloscheletrica); associata impotenza funzionale motoria e deficit sensitivo soggettivo con caratteristiche di un disturbo non organico; DD secondario a dolore cronico, di origine somatoforme, componente di scarsa

attivazione volontaria nell'ambito di accentuazione non esclusa; ENMG arto superiore sin. nella norma ". Quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa sono state poste quelle di " sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4 - DD nevrosi isterica), ipertensione arteriosa nota dal 2004, in trattamento farmacologico, cefalea tensiva episodica e obesità simplex (BMI 36 kg/m<sup>2</sup>) (doc. UAIE 93 pag. 331-332).

#### **E. 12.2.1**

Da un punto di vista reumatologico il dott. N.\_\_\_\_\_, che ha esaminato l'interessata il 4 dicembre 2015 e il 15 marzo 2017, ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " sindrome dolorosa cronica e impotenza funzionale alla spalla sinistra, stato dopo ricostruzione del sopraspinato e sottospinato, nonché decompressione sottoacromiale il 2.2.2012 (...) " (allegato al doc. UAIE 93 pag. 349). Il perito ha evidenziato un decorso molto sfavorevole dopo il succitato intervento, con ulteriore sviluppo di una capsulite retrattile e constatato inoltre l'esistenza di una retrazione capsulare. Ha poi indicato che " attualmente la paziente presenta una sindrome dolorosa residua con disestesie a tutto l'arto superiore e un'impotenza funzionale che va molto oltre i reperti oggettivi, in accordo con la valutazione del Dr. G.\_\_\_\_\_ ". Egli ha poi sottolineato che " l'esame clinico non è valutabile per una totale assenza di innervazione volontaria (...). L'atteggiamento di risparmio è molto teatrale, suggerendo la possibilità di una problematica di natura somatoforme e conversiva (sindrome dissociativa motoria). Farà stato al riguardo la valutazione psichiatrica prevista. Disestesie a tutto l'arto superiore potrebbero eventualmente aprire la DD di una CRPS tipo II " (allegato al doc. UAIE 93 pag. 349-350).

#### **E. 12.2.2**

Chiamato ad esprimersi in merito alla ripresa dell'attività di addetta alla logistica il perito ha indicato che " è molto difficile valutare una limitazione funzionale quando questa ha un'origine in parte meccanica e in parte verosimilmente conversiva (sindrome dissociativa motoria) ", precisando che " nella valutazione della capacità lavorativa legata ai problemi alla spalla sinistra ho tenuto conto della persistente capsulite retrattile (rotazione esterna passiva a 45° contro 80° a destra), dal fatto che cuffie dei rotatori ricostruite siano non raramente all'origine di sindromi dolorose residue e anche dalla possibilità di una piccola lesione transmurale residua ", precisando nel contempo che " la paziente è limitata in tutti i lavori che implicano movimenti ripetitivi con l'arto superiore sinistro. Vi è una media limitazione per lavori con l'avambraccio sollevato (tastiera). Lavori sopra l'altezza dell'orizzontale non sono esigibili. Lavori pesanti e mediamente pesanti non sono esigibili ". " (...) una fisioterapia attiva potrebbe ancora migliorare il quadro clinico e la CL " (allegato al doc. UAIE 93 pag. 351). Egli ha pertanto ritenuto l'insorgente inabile al lavoro precedentemente svolto in misura del 50% a partire dall'accertamento peritale (allegato al doc. UAIE 93 pag. 350). Per quanto attiene alla capacità lavorativa in attività adeguata il dott. N.\_\_\_\_\_ ha sostenuto che " teoricamente l'assicurata è in grado di svolgere qualunque attività che possa essere svolta prevalentemente con l'arto superiore destro. La paziente non ha alcuna limitazione con l'arto superiore destro, con il tronco e con gli arti inferiori. L'arto superiore sinistro, (...), può essere utilizzato come sostegno al destro e per qualunque lavoro leggero non eccessivamente ripetitivo sotto l'orizzontale. In teoria dunque lavori d'ufficio, lavori di sorveglianza, lavori leggeri che possono essere svolti prevalentemente con l'arto superiore destro restano possibili ". Egli ha pertanto ritenuto l'insorgente abile al lavoro a tempo pieno con una diminuzione del rendimento dell'ordine del 20% al massimo a far tempo dall'accertamento peritale (allegato al doc. UAIE 93 pag.

351). Chiamato ad esprimersi in merito alla reintegrazione professionale il dott. N.\_\_\_\_\_ ha evidenziato che " la situazione è invariata a partire da 6 mesi dopo l'intervento alla spalla sinistra. La questione della reintegrazione professionale dipende da due fattori. Per quanto riguarda i fattori di natura meccanica la paziente potrebbe senz'altro essere reintegrata in un'attività adatta attraverso un riallenamento progressivo al lavoro. Problemi di natura somatoforme rendono verosimilmente irrealistico un tale lavoro ". Esso ha infine evidenziato una tendenza all'esagerazione dei sintomi e concluso che " il quadro clinico con la sua componente meccanica e la sua componente psicosomatica ostacola in modo importante il reinserimento professionale " (allegato al doc. UAIE 93 pag. 352).

#### **E. 12.3.1**

Da un punto di vista neurologico la dott.ssa M.\_\_\_\_\_, che ha visitato la ricorrente il 2 dicembre 2015, ha posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di " stato dopo caduta con trauma contusivo e distorsivo dell'arto superiore sinistro con: brachialgia sinistra di origine non neurologica (DD muscoloscheletrica), associata impotenza funzionale motoria e deficit sensitivo soggettivo con caratteristiche di un disturbo non organico, DD secondario a dolore cronico, di origine somatoforme, componente di scarsa attivazione volontaria nell'ambito di accentuazione non esclusa, ENMG arto superiore sinistro nella norma; stato dopo intervento di ricostruzione del sovraspinato e sottospinato, e decompressione sottoacromiale della spalla sinistra per rottura del sovraspinoso e sottospinoso (02.02.2012) " e le diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di " ipertensione arteriosa nota dal 2004 in trattamento farmacologico e cefalea tensiva episodica " (allegato al doc. UAIE 93 pag. 372). L'esperta ha altresì indicato che " riteniamo dunque in conclusione che non vi sia una chiara patologia neurologica in grado di spiegare il deficit sensitivo-motorio descritto ed osservato a carico dell'arto superiore sinistro ma che questo possa essere ascrivibile a sintomatologia algica cronica di tipo nocicettivo relativo al descritto problema articolare e tendineo, senza poter escludere una componente di accentuazione volontaria o somatoforme " (allegato al doc. UAIE 93 pag. 373).

#### **E. 12.3.2**

La dott.ssa M.\_\_\_\_\_ ha pertanto ritenuto l'assicurata abile al lavoro in misura totale dal punto di vista neurologico (allegato al doc. UAIE 93 pag. 373) e rinviato alle concordanti valutazioni del dott. I.\_\_\_\_\_ (consid. 12.4.1). Chiamato ad esprimersi in merito alla reintegrazione professionale la perita ha altresì sostenuto che " il reinserimento lavorativo è primariamente ostacolato dalla descritta sintomatologia algica alla spalla sinistra. (...). Riteniamo tuttavia che in un'assicurata destrimane, con deficit di forza muscolare di natura antalgica limitato all'arto superiore sinistro, senza deficit rilevabili controlateralmente o agli arti inferiori, che rimane autonoma per le principali attività quotidiane (mangiare, vestirsi, igiene personale) e parzialmente autonoma nelle attività di casalinga, le capacità di integrazione professionale siano preservate ". Essa ha inoltre sottolineato che " in attività lavorativa adatta, nell'ambito della quale si conteggiano pause supplementari necessarie in caso di esacerbazione del dolore e si considera la limitazione del sollevamento di pesi (può sollevare oggetti leggeri con il solo arto superiore destro) e nei lavori bimanuali, espletata sia in piedi che in posizione seduta, si potrebbe contare su un reinserimento professionale a tempo parziale " (allegato al doc. UAIE 93 pag. 374).

#### **E. 12.4**

Per quanto attiene all'aspetto psichiatrico il dott. L.\_\_\_\_\_, che ha visitato l'insorgente il 16 dicembre 2015 e il 12 gennaio 2016, ha posto le diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di " sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4) e DD nevrosi isterica (allegato al doc. UAIE 93 pag. 360), evidenziando poi che " all'infuori della persistenza delle lamentazioni somatiche e della disabilità ad esse relativa non constato vere e proprie limitazioni funzionali dal lato strettamente psichiatrico " (allegato al doc. UAIE 93 pag. 361) e ritenuto pertanto l'assicurata abile al 100% in qualsiasi attività lavorativa (allegato al doc. UAIE 93 pag. 360 e 362). I medici del SAM hanno infine sottolineato che " il perito valuta l'A. come una persona dotata di una spiccata sensibilità emotiva che la porta a soffrire particolarmente della propria condizione di limitata possibilità di continuare ad espandere la propria attività a causa delle sue limitazioni fisiche. Rispetto alla precedente valutazione peritale effettuata l'anno scorso, non si riscontrano elementi atti a formulare nuove ipotesi diagnostiche all'infuori di una propensione ad un'estensione dei sintomi legati all'espressione del suo disagio corporeo. In questo senso le difficoltà maggiori per l'A. rimangono quelle legate all'accettazione delle limitazioni fisiche intervenute a seguito dell'infortunio alla spalla sin. e ai successivi interventi chirurgici eseguiti in ambito ortopedico " (doc. UAIE 93 pag. 335). Al riguardo del disturbo somatoforme il perito afferma: " l'A. manifesta una sofferenza corporale espressione di stati emotivi accentuati che la portano ad estendere la portata della sintomatologia da essa accusata; nel corso degli ultimi anni sono stati effettuati i trattamenti comunemente messi in atto per migliorare i disturbi accusati dall'A. senza però ottenere dei risultati particolarmente significativi; non ho evidenziato accanto alla diagnosi di sindrome somatoforme una patologia psichiatrica di livello grave o perlomeno superiore all'ipotesi diagnostica di nevrosi isterica presa in considerazione nell'ambito della valutazione testistica; non ho messo in evidenza elementi che farebbero propendere per una tendenza verso l'isolamento sociale dell'A. che sembra invece essere una persona bene integrata nel tessuto sociale di cui fa parte " (doc. UAIE 93 pag. 335-336).

#### **E. 12.5**

Alla luce della visita del 15 marzo 2017 il dott. N.\_\_\_\_\_ ha precisato all'attenzione della dott.ssa R.\_\_\_\_\_ che la situazione era rimasta invariata rispetto al precedente consulto del 14 dicembre (recte 4 dicembre) 2015 precisando che " la paziente lamenta una sindrome dolorosa cronica senza che vi siano evidenti ragioni strutturali per i dolori persistenti. Non vi sono ragioni strutturali per spiegare l'impotenza funzionale dimostrativa. La sonografia non mostra una riottura dei tendini ricostruiti in accordo anche con l'ulteriore ecografia realizzata dal Dr. U.\_\_\_\_\_ il 2.10.2016 " (allegato al doc. UAIE 93 pag. 354-355).

#### **E. 12.6**

Complessivamente A.\_\_\_\_\_ è stata quindi ritenuta abile al lavoro al 50% (normale tempo di lavoro con diminuzione del rendimento) in qualità di collaboratrice nella logistica, e all'80% (inteso come normale tempo di lavoro con riduzione del rendimento del 20%) in attività sostitutive idonee, rispettose dei limiti posti dal dott. N.\_\_\_\_\_, in entrambi i casi dal 24 novembre 2015 (data dell'entrata al SAM; doc. UAIE 93 pag. 338-341). Il SAM ha in particolare evidenziato che " la capacità lavorativa nell'attività abituale finora svolta è diminuita del 50%, con limitazione del sollevamento di pesi da 7 a 10 kg " e indicato che " non è esigibile un lavoro pesante manuale e il sollevamento di pesi superiori ai 25 kg, lavori sopra l'altezza del capo, lavoro mediamente pesante e il sollevamento di pesi tra i 10 e i 25 kg è limitato a circa mezz'ora al giorno " (doc. UAIE 93 pag. 338). I medici del SAM hanno

altresì indicato che " teoricamente l'A. è in grado di svolgere qualunque attività che possa essere svolta prevalentemente con l'arto superiore ds. L'arto superiore sin. (...) può essere utilizzato come sostegno al destro e per qualunque lavoro leggero non eccessivamente ripetitivo sotto l'orizzontale. In teoria, dunque lavori d'ufficio, lavori di sorveglianza, lavori leggeri che possono essere svolti prevalentemente con l'arto superiore ds. restano possibili " (doc. UAIE 93 pag. 339-340). Nella perizia è stato infine precisato che " le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti del SAM e tra il Dr. Med. N.\_\_\_\_\_ e Dr. Med. L.\_\_\_\_\_ in data 17.5.2017 (...) " (doc. UAIE 93 pag. 332).

### **E. 13.1**

Con rapporto del 24 maggio 2017 il dott. D.\_\_\_\_\_ ha confermato le diagnosi poste dal SAM e ne ha ripreso le conclusioni sia quo alla capacità lavorativa che ai limiti funzionali (doc. UAIE 95).

### **E. 13.2**

Tramite rapporto del 9 giugno 2017 il dott. N.\_\_\_\_\_, nell'ambito di un controllo di decorso, ha ribadito che la situazione era rimasta invariata sia per quanto riguarda i disturbi soggettivi sia per quanto concerne l'esame obiettivo rispetto al precedente consulto del 4 dicembre 2015 (allegato al doc. UAIE 97).

### **E. 14**

In fase di osservazioni al progetto di decisione del 19 settembre 2017 con rapporto del 17 ottobre successivo (allegato al doc. UAIE 105) il dott. P.\_\_\_\_\_ ha evidenziato una mobilitazione passiva della spalla gravemente limitata, una mobilità attiva con deficit sub completo per dolore e astenia non neurologica, ipotizzando nel contempo un eventuale trattamento chirurgico. Egli ha altresì ritenuto l'insorgente inabile in ogni attività.

### **E. 15.1**

Pendente causa di ricorso in data 20 febbraio 2018 il dott. Q.\_\_\_\_\_ ha ritenuto necessario sottoporre alcuni quesiti al SAM, invitandolo ad esprimersi sulla diversa valutazione della capacità lavorativa attestata nei referti del 21 maggio 2014, rispettivamente 22 maggio 2017, in particolare sull'eventuale miglioramento dello stato di salute dal 2014 e in caso di risposta positiva sull'evoluzione dal 2014, su una diversa valutazione di uno stato invariato o su una migliore adattabilità in presenza di uno stato di salute stabile (allegato al doc. TAF 6).

### **E. 15.2.1**

Con presa di posizione del 14 marzo 2018 il dott. N.\_\_\_\_\_ ha precisato, dopo aver chiarito il concetto e le conseguenze della capsulite retrattile, di concordare con il dott. G.\_\_\_\_\_ secondo cui la ricorrente non è né è stata affetta da capsulite retrattile, né altra patologia strutturale che possa spiegare il fatto che non muova la spalla. Egli ha quindi precisato che " da questo dato di fatto da un punto di vista medico deriva la mia valutazione personale della capacità lavorativa e della capacità funzionale dell'assicurata " (presa di posizione del SAM allegata al doc. TAF 6 pag. 13-14). Egli ha aggiunto che " da un punto di vista della patologia dell'assicurata va detto che il Dott. G.\_\_\_\_\_ quando ha realizzato la sua perizia aveva ancora qualche dubbio circa la possibilità che la paziente soffrisse di una patologia non diagnosticata e si era premunito di suggerire ulteriori chiarimenti ", precisando che " successivamente la situazione ha potuto essere chiarita e quindi abbiamo acquistato una maggiore consapevolezza del problema e della sua prognosi. Questo ha

principalmente determinato una mia diversa valutazione della situazione ad alcuni anni di distanza dalla perizia del Dr. G. \_\_\_\_\_ " (presa di posizione del SAM allegata al doc. TAF 6 pag. 14). A proposito della diversa valutazione della capacità lavorativa il perito ha evidenziato che " i pazienti hanno un adattamento a una situazione di dolore cronico per cui da questo punto di vista la situazione appare certamente diversa da quella che ha motivato il Dr. G. \_\_\_\_\_ a porre prudenzialmente alcune limitazioni funzionali relativamente strette. La paziente (...) non presenta i segni di sofferenza descritti dal Dr. G. \_\_\_\_\_. È una paziente che a due riprese ha dovuto disdire appuntamenti presso il SAM per prendersi cura di un genitore ammalato nel suo paese, che guida l'automobile, che non ha mai fatto un'infiltrazione, che da anni non fa più fisioterapia. Tutto questo rappresenta una situazione nettamente migliore a quella che ha motivato i limiti relativamente stretti posti dal Dr. G. \_\_\_\_\_ " (presa di posizione del SAM allegata al doc. TAF 6 pag. 14).

#### **E. 15.2.2**

Dal canto suo con scritto del 15 marzo 2018 (allegato al doc. TAF 6) il dott. L. \_\_\_\_\_ si è riconfermato nelle argomentazioni esposte in occasione della perizia del 22 maggio 2017.

#### **E. 15.3**

Alla luce dei rapporti del dott. L. \_\_\_\_\_ e del dott. N. \_\_\_\_\_ con presa di posizione del 28 marzo 2018 (allegato al doc. TAF 6) la dott.ssa R. \_\_\_\_\_ e la dott.ssa V. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna generale, hanno evidenziato che " ad oggi i riscontri oggettivi non sono compatibili con le lamentele descritte dall'A. Tutti i periti coinvolti hanno ipotizzato un disturbo da dolore somatoforme " e sottolineato che " (...) l'assenza di modifiche nel trattamento farmacologico negli anni, l'assenza di fisioterapia fin dal 2013, la mancata esecuzione di infiltrazioni in loco, più volte consigliate, nonché l'attività svolta nel quotidiano descritta dall'A. nell'ambito della perizia SAM del 2017 ai vari consulenti e al perito SAM (cucinare, lavare, guidare l'automobile ecc.) ci permettono di ritenere che nell'evoluzione l'A. da una parte ha sviluppato una miglior capacità nell'utilizzo del braccio e dall'altra ha sviluppato un miglior adattamento e gestione del dolore. Il SAM ha altresì precisato che " il dolore accusato dall'A., al momento attuale, non limita la capacità lavorativa in misura totale come descritto nel passato, benché i riscontri organici non si siano modificati nel tempo, ad eccezione della capsulite retrattile che sicuramente è evoluta favorevolmente e che al momento non è sicuramente così limitante come lo è stata nel passato, sottolineando inoltre che " l'espressione del dolore e la funzionalità del braccio, sulla base di quanto riferito dall'A. stessa nella sua descrizione della giornata, non è tale da poter giustificare una totale incapacità lavorativa (...) ". Le dott.sse R. \_\_\_\_\_ e V. \_\_\_\_\_ hanno infine ritenuto che " (...) l'evoluzione di questo quadro clinico sia caratterizzato da un dolore che persiste soggettivamente, ma che oggettivamente permette all'A. maggiore funzionalità e non la limita in maniera determinante come può averlo fatto nel passato (...). Quindi da una parte vi è stato un migliore adattamento da parte dell'A. anche se non è riconosciuto dall'assicurata stessa e da una parte vi è stato un miglioramento del quadro clinico e maggior capacità di adattamento ai dolori che al momento non possono essere considerati invalidanti in presenza di: assenza di cure adeguate (infiltrazioni), assenza da anni di fisioterapia, assenza di protezione gastrica in un trattamento asserito quotidiano di antiinfiammatori da anni " (allegato al doc. TAF 6 pag. 11).

#### **E. 16.1**

La ricorrente contesta le conclusioni del SAM e sostiene che dalla perizia del 22 maggio 2017 non emerge l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa dal 24 maggio 2014 (data della conferma del diritto alla rendita intera riconosciuta dal 1° febbraio 2012), né in cosa consisterebbe il contestato miglioramento attestato dal SAM. Essa contesta inoltre di avere sviluppato sia un migliore adattamento al dolore che una migliore gestione dello stesso.

#### **E. 16.2**

Alla luce di quanto sopra esposto va quindi esaminato se la perizia pluridisciplinare del SAM del 22 maggio 2017, ordinata dall'Ufficio AI e su cui si è fondato il SMR e, a sua volta, l'UAIE, così come il complemento del SAM del 28 marzo 2018, richiesto dal SMR, permettono di desumere in maniera completa, motivata, concludente e pertanto convincente un'evoluzione positiva della capacità lavorativa - riconducibile ad un miglior adattamento alla situazione di salute, in particolare ai dolori e ad un miglioramento del quadro clinico, in quanto secondo il SAM la capsulite retrattile sarebbe evoluta favorevolmente (consid. 15.3) - tale da giustificare un'abilità lavorativa del 50% in qualità di collaboratrice nella logistica dal 24 novembre 2015 e dell'80% dalla stessa data in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali posti, in entrambi i casi intese come normale tempo di lavoro con riduzione del rendimento del 50%, rispettivamente 20%.

#### **E. 17.1**

Occorre in primo luogo evidenziare che la perizia del SAM ed i relativi complementi contengono una ricostruzione dettagliata dei fatti di pertinenza reumatologica, neurologica e psichiatrica, un'anamnesi personale, professionale e patologica, dati soggettivi dell'assicurata, esami oggettivi, una diagnosi e delle conclusioni. Essi adempiono quindi - perlomeno da un punto di vista formale - i requisiti posti dalla dottrina e dalla giurisprudenza (consid. 6.4.3). In data 28 marzo 2018 il SAM ha inoltre risposto esaustivamente alla richiesta di delucidazioni sottopostagli dal SMR pendente causa di ricorso (allegati al doc. TAF 6).

#### **E. 17.2**

Da un punto di vista del contenuto tuttavia la perizia non appare del tutto convincente. In particolare i referti del dott. N. \_\_\_\_\_ e le conclusioni del SAM appaiono contraddittori, motivo per cui, per le ragioni esposte nei considerandi seguenti, la perizia del SAM può essere solo parzialmente posta alla base della presente vertenza. Essa non prova infatti, contrariamente a quanto indicato dall'UAIE, con il grado della verosimiglianza preponderante, né un miglioramento del quadro clinico né un miglior adattamento nel tempo al danno alla salute e pertanto neppure un miglioramento della capacità lavorativa.

##### **E. 17.2.1**

In primo luogo va rilevato che le uniche patologie con influenza sulla capacità lavorativa sono quelle reumatologiche (consid. 12). La ricorrente non ha contestato le diagnosi poste in questo ambito, ma unicamente le loro conseguenze sulla capacità lavorativa, la quale non sarebbe migliorata. Sia le diagnosi poste che la loro sintomatologia risultano inoltre in buona sostanza identiche sin dal 2012 (consid. 10, 11.1, 11.2, 11.3, 12.1). Su tale fatto concordano essenzialmente i periti (consid. 12.5 e consid. 15.3).

##### **E. 17.2.2**

Tuttavia per quanto riguarda l'esistenza della capsulite retrattile e delle sue conseguenze sulla capacità lavorativa le conclusioni del SAM si scostano integralmente dalle considerazioni del dott. N.\_\_\_\_\_ e del dott. G.\_\_\_\_\_. In proposito va rilevato che la citata diagnosi è stata posta dal chirurgo, dott. E.\_\_\_\_\_, con rapporto del 24 aprile 2013 (doc. UAIE 46 nonché doc. 24 e 25 ivi allegati). Tuttavia nella perizia del 18 ottobre 2013 il dott. G.\_\_\_\_\_ ne ha evidenziato l'assenza (consid. 11.2) e non vi è riferimento alcuno a questa patologia neppure nella perizia del SAM del 21 maggio 2014 (consid. 11.3). Dal canto suo, nella revisione in esame, il dott. N.\_\_\_\_\_ ha, in un primo tempo, (rapporto del 7 dicembre 2015, consid. 12.2.1), indicato la presenza di una persistente capsulite retrattile. Successivamente, e dopo averne spiegato i motivi in modo approfondito e convincente, ne ha tuttavia negato sin dall'inizio l'esistenza concordando con quanto attestato dal dott. G.\_\_\_\_\_ (rapporto del 14 marzo 2018, consid. 15.2.1). Al riguardo egli ha in particolare descritto l'unico movimento limitato solo in questo tipo di patologia, e meglio la diminuzione della mobilità della spalla per la rotazione esterna passiva, circostanza mai riscontrata nell'assicurata (pag. 12). Dal canto loro nelle proprie conclusioni le dott.sse R.\_\_\_\_\_ e V.\_\_\_\_\_ (presa di posizione del 28 marzo 2018, consid. 15.3), si sono, come detto, scostate dalle conclusioni del proprio esperto, senza peraltro addurre alcuna motivazione, attestando che la capsulite retrattile sarebbe evoluta favorevolmente e quindi sarebbe meno limitante che in precedenza, per cui si riscontrava un miglioramento del quadro clinico. Alla luce di quanto sopra esposto in relazione all'esistenza, all'evoluzione e alle conseguenze della capsulite retrattile le conclusioni tratte dal SAM contraddicono le perizie specialistiche, convincenti su questo punto, su cui si fondano e non possono pertanto essere considerate convincenti né possono quindi giustificare né un miglioramento del quadro clinico né della capacità lavorativa.

### **E. 17.3**

Occorre infine sottolineare che la patologia di sindrome somatoforme da dolore persistente, ipotizzata dai periti coinvolti, è stata ritenuta senza influsso sulla capacità lavorativa (consid. 12.1). Il dott. L.\_\_\_\_\_ ha in particolare evidenziato che, all'infuori di una propensione ad un'estensione dei sintomi del suo disagio corporeo, l'assicurata manifestava principalmente dei disturbi di ordine fisico conseguenti all'infortunio alla spalla sinistra ed ai successivi interventi chirurgici (consid. 11.3.4 e consid. 12.4).

### **E. 17.4**

Alla luce di quanto sopra esposto emerge pertanto che lo stato di salute esistente al momento dell'attribuzione della rendita intera dal 1° febbraio 2012 (consid. B.b), confermata il 26 maggio 2014 (consid. C.e), risulta sostanzialmente stabile. Da un punto di vista radiologico gli esami eseguiti prima del 26 maggio 2014 collimano con quelli effettuati posteriormente. In particolare, la MRI del 27 settembre 2012 (doc. UAIE 53 pag. 177) e la radiografia del 12 febbraio 2014 (doc. UAIE 64 pag. 210) effettuate alla spalla sinistra, nonché le sonografie del 4 dicembre 2015 e del 15 marzo 2017 ad entrambe le spalle (doc. UAIE 93 pag. 303), mostrano in sostanza esiti dopo riparazione del sopraspinato senza riottura del tendine con tendinopatia del sopraspinato e infraspinato. Pure le valutazioni degli specialisti sono pressoché identiche. In particolare nel rapporto del 7 dicembre 2015 il dott. N.\_\_\_\_\_ ha espressamente riconosciuto che " la situazione è invariata a partire da 6 mesi dopo l'intervento chirurgico alla spalla sinistra " (doc. UAIE 93 pag. 352), effettuato il 2 febbraio 2012 (consid. A). La valutazione da esso espressa nel suddetto rapporto (consid. 12.2) ricalca inoltre quella dal dott. H.\_\_\_\_\_ del 18 febbraio

2014 (consid. 11.3.2). Tramite rapporti del 15 marzo 2017 (consid. 12.5) e 9 giugno 2017 (consid. 13.2) il dott. N.\_\_\_\_\_ ha poi precisato che la situazione era rimasta invariata rispetto al consulto del 4 dicembre 2014. Alla luce della presa di posizione del dott. N.\_\_\_\_\_ del 14 marzo 2018 (consid. 15.2.1) i periti del SAM hanno infine rilevato che i riscontri organici non si erano modificati nel tempo (consid. 15.3). Parimenti sia gli accertamenti oggettivi che i limiti funzionali posti dagli esperti risultano in buona sostanza identici. In conclusione dagli atti medici non emerge un miglioramento dello stato di salute di A.\_\_\_\_\_ dal maggio 2014. Alla luce di quanto sopra esposto le conclusioni del SAM del 22 maggio 2017 e del 28 marzo 2018 paiono di primo acchito unicamente una valutazione diversa - per quanto riguarda la ritrovata capacità lavorativa - di una situazione identica.

### **E. 17.5.1**

Sennonché alla luce del nuovo rapporto del dott. N.\_\_\_\_\_ del 14 marzo 2018, redatto in seguito alla richiesta del dott. Q.\_\_\_\_\_ del SMR pendente causa di ricorso, con presa di posizione del 28 marzo 2018 il SAM ha rilevato che, in presenza di un quadro clinico invariato, è cambiato l'impatto dei disturbi lamentati sulla capacità lavorativa della ricorrente. In sostanza l'insorgente, con il passare degli anni, si sarebbe adattata alla sua malattia, in particolare alla situazione di dolore cronico, non presentando i segni di sofferenza descritti dal dott. G.\_\_\_\_\_. Ora, l'apprezzamento delle perite del SAM, secondo cui vi è stato, rispetto al momento, il 26 maggio 2014, in cui è stata confermata la rendita intera riconosciuta il 16 novembre 2012, un miglioramento dell'adattamento alla situazione di salute - per cui l'interessata sarebbe capace al lavoro nella misura del 50% in qualità di collaboratrice della logistica e dell'80% in attività sostitutive adeguate - non convince e non trova riscontro negli atti di causa, come rettamente rilevato nel gravame (consid. 16.1). In sostanza, il miglioramento è stato rilevato nel fatto che la ricorrente si sarebbe progressivamente adattata alla sua malattia. Il processo di adeguamento sarebbe coinciso con un adattamento ai dolori cronici e con un miglioramento della capacità nell'utilizzo del braccio sinistro. Ciò che troverebbe conferma nel fatto che la ricorrente non ha mai eseguito infiltrazioni contro il dolore, come proposto nella procedura precedente dal dott. H.\_\_\_\_\_, secondo cui la cura avrebbe potuto migliorare la situazione di salute, né si è sottoposta a cure fisioterapiche, né infine avrebbe assunto medicinali infiammatori nella misura indicata, ritenuto che in tal caso avrebbe manifestato gravi problemi gastrici. Tuttavia, e da un lato, l'insorgente non ha mai affermato, né risulta altrimenti dimostrato da riscontri oggettivi di cui agli atti di causa (da non confondere con la valutazione dei periti), esservi stata una diminuzione della sofferenza connessa con le patologie sofferte. I disturbi soggettivi indicati ai periti sono al contrario rimasti sostanzialmente invariati (perizia del dott. G.\_\_\_\_\_ del 18 ottobre 2013 [doc. UAIE 53 pag. 175], perizia pluridisciplinare del SAM del 21 maggio 2014 [doc. UAIE 64 pag. 214], perizia pluridisciplinare del SAM del 22 maggio 2017 [doc. UAIE 93 pag. 300]. Dalle carte processuali non risultano inoltre neppure dei riscontri oggettivi quo all'adattamento al dolore rispetto al 2014. In sostanza, già anteriormente alla conferma della rendita intera del 26 maggio 2014, la medesima si occupava delle faccende domestiche non pesanti, della spesa settimanale con l'aiuto del marito, cucinava, effettuava delle passeggiate di circa 30 minuti 2 o 3 volte alla settimana (doc. UAIE 64 pag. 209 in relazione con il doc. UAIE 93 pag. 301) ed era ritenuta idonea alla guida (rapporto del dott. E.\_\_\_\_\_ del 27 maggio 2013 [doc. UAIE 46 pag. 4] e allegato al doc. UAIE 93 pag. 369). L'assenza di cure fisioterapiche dopo il gennaio 2013 era altresì già stato rilevato nell'ottobre 2013 dal dott. G.\_\_\_\_\_ (doc. UAIE 53 pag. 176) e

pure evidenziata dal SAM nella perizia del 21 maggio 2014 (doc. UAIE 64 pag. 10). Parimenti poi l'autorità inferiore non ha comprovato che l'insorgente aveva fornito alla madre malata delle cure ed assistenza non consone alla capacità valetudinaria. Dagli atti di causa non emerge inoltre che all'assicurata siano state prescritte le infiltrazioni consigliate dal dott. G.\_\_\_\_\_ (doc. UAIE 53 pag. 180) e dal dott. H.\_\_\_\_\_ (allegato al doc. UAIE 64 pag. 235), che avrebbero potuto, a detta degli esperti, migliorare il dolore e quindi anche la capacità lavorativa residua. Nulla può esserle rimproverato a questo titolo. Secondo l'art. 21 cpv. 4 LPGGA infatti le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate se l'assicurato, nonostante una sollecitazione scritta che indichi le conseguenze giuridiche e un adeguato termine di riflessione, si sottrae, si oppone oppure, entro i limiti di quanto gli può essere chiesto, non si sottopone spontaneamente a una cura o a un provvedimento d'integrazione professionale ragionevolmente esigibile e che promette un notevole miglioramento della capacità di lavoro o una nuova possibilità di guadagno. Non si possono esigere cure e provvedimenti d'integrazione che rappresentano un pericolo per la vita o per la salute. In conclusione, né i periti incaricati dall'Ufficio AI né l'autorità inferiore hanno dimostrato, nel senso della probabilità preponderante, un minor impatto dell'invariato stato di salute - in particolare un adattamento ai dolori cronici - sulla capacità lavorativa.

#### **E. 17.5.2**

Da quanto esposto, discende che l'autorità inferiore ha effettuato una valutazione diversa di uno stato di fatto rimasto sostanzialmente invariato e conseguentemente eseguito un'illegittima revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (cfr. DTF 131 V 84 consid. 3 nonché i riferimenti di cui al consid. 7.5 del presente giudizio).

#### **E. 17.6**

Del resto, come detto, l'amministrazione ha avviato una nuova procedura di revisione, omettendo di porre in atto i provvedimenti che sia secondo il dott. H.\_\_\_\_\_ (doc. UAIE 64 pag. 271) che secondo il dott. G.\_\_\_\_\_ (doc. UAIE 53 pag. 181) avrebbero potuto influenzare i dolori e pertanto anche la capacità lavorativa. Entrambi i medici avevano infatti dichiarato, in occasione della redazione delle perizie all'attenzione dell'UAIE, che una reintegrazione professionale avrebbe potuto essere prevista solo in caso di miglioramento del dolore alla spalla e che una rivalutazione della capacità lavorativa avrebbe potuto essere intrapresa solo successivamente al trattamento consigliato (doc. UAIE 64 pag. 217). In particolare il dott. H.\_\_\_\_\_ aveva precisato che " (...) l'A. dovrà orientare il percorso terapeutico su una base di tipo antinfiammatorio al fine di poter recuperare sul dolore, considerando anche eventualmente una serie d'infiltrazioni e sulla base di tutto ciò associare un'immobilizzazione della spalla per verificare anche quanto effettivamente il dolore è dato dalla infiammazione o piuttosto da un impedimento di mobilizzazione della spalla stessa. Quindi la prognosi a medio-lungo termine potrebbe essere di un miglioramento se si riuscisse, attraverso una serie di infiltrazioni, a controllare la sintomatologia dolorosa che impedisce un recupero funzionale. Questo potrebbe portare ad un eventuale recupero della capacità lavorativa " (doc. UAIE 64 pag. 218). Inoltre il dott. G.\_\_\_\_\_, per gli stessi motivi, cioè per valutare l'influenzabilità dei dolori e quindi il recupero della capacità lavorativa, aveva proposto all'UAIE di rivolgersi ad una clinica universitaria, ciò che l'amministrazione non ha fatto (doc. UAIE 53 pag. 179 e 182). Da quanto sopra esposto emerge che, al momento dell'esperimento della perizia specialistica eseguita dal SAM in corso di revisione, le condizioni poste dai medici per procedere ad una

rivalutazione della capacità lavorativa non erano in realtà adempiuti, non essendo stato posto in atto, ai sensi del citato art. 21 LPGa, alcun provvedimento per verificare l'influenzabilità del dolore. In simili condizioni la decisione impugnata si fonda su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti, non essendo note le conseguenze delle cure proposte sul dolore, condizione sine qua non per una rivalutazione della capacità lavorativa. Un miglioramento della stessa è unicamente possibile ma non verosimile. Ne consegue che il ricorso dev'essere parzialmente accolto e la decisione impugnata annullata.

### **E. 18.1**

Se il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-2183/2913 del 28 gennaio 2015 consid. 10.1). In particolare, si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti ai fini dell'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

### **E. 18.2**

L'incarto è pertanto rinviato all'UAIE affinché, tramite uno specialista in ortopedia/reumatologia, se possibile a livello universitario, ponga in atto i provvedimenti di cura proposti a suo tempo dai periti per verificare preliminarmente l'influenzabilità del dolore e per valutare lo stato di salute e l'evoluzione della capacità lavorativa. Considerate le dichiarazioni parzialmente contraddittorie del dott. N. \_\_\_\_\_ a proposito della capsulite retrattile (seppur in un secondo tempo riviste e approfondite in modo convincente) e delle conclusioni divergenti da questo punto di vista esposte dal SAM, appare adeguato rivolgersi ad uno altro specialista nel ramo (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in particolare per completare un aspetto non approfondito, DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 e sentenza del TF 8C\_633/2014 dell'11 dicembre 2014 consid. 3.2 e 3.3). Infine il caso dovrà essere rivalutato anche da un punto di vista pluridisciplinare, tramite l'aggiornamento delle perizie eseguite dal dott. L. \_\_\_\_\_ e dalla dott.ssa M. \_\_\_\_\_, e consulto finale in comune, al fine di stabilire la capacità lavorativa residua dell'assicurata da un punto di vista complessivo.

### **E. 19.1**

Visto l'esito della procedura, non si prelevano spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA). L'anticipo spese, di fr. 800.-, versato dall'insorgente il 23 gennaio 2018 (doc. TAF 4) verrà restituito alla ricorrente.

### **E. 19.2**

Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Giusta l'art. 14 cpv. 1 TS-TAF, le parti che chiedono la rifusione di spese ripetibili devono presentare al Tribunale, prima della pronuncia della decisione, una nota particolareggiata delle spese. Se non viene prodotta una nota spese particolareggiata, come nel caso concreto, il giudice fisserà un'indennità sulla base degli atti (art. 14 cpv. 2 TS-TAF).

### **E. 19.2.1**

Secondo giurisprudenza, nell'ambito del suo potere d'apprezzamento, il Tribunale di prima istanza determina l'onorario dell'avvocato in funzione dell'importanza e delle difficoltà della lite nonché dell'ampiezza del lavoro e del dispendio orario (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_284/2012 del 18 maggio 2012 consid. 6).

### **E. 19.2.2**

Per valutare l'importanza del lavoro e del tempo consacrato, occorre tenere conto del fatto che la procedura in materia di assicurazioni sociali è retta dalla massima inquisitoria, ciò che, di solito, facilita il compito del mandatario. Quanto all'attività di quest'ultimo suscettibile di essere considerata, essa non può comprendere le azioni inutili o superflue. Inoltre, le iniziative intraprese prima della promozione della fase processuale non possono essere ritenute (cfr. sentenza del Tribunale federale I 452/05 del 27 novembre 2006 consid. 5.5 e relativi riferimenti).

### **E. 19.2.3**

Il caso in esame non è complesso dal punto di vista dei fatti, ritenuto che l'incarto dell'Ufficio AI non è eccessivamente voluminoso e che la fattispecie non pone questioni in diritto di particolare difficoltà. L'attività dell'avvocato si è peraltro limitata alla stesura del ricorso (tredici pagine) e della replica (sei pagine). Stando così le cose, in assenza di una nota dettagliata, il collegio giudicante determina un'indennità (comprensiva di onorario e spese vive) di fr. 2'800.-. 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.