

BVGer C-995/2014 vom 9. März 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-03-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-995_2014

FR: TAF C-995/2014 du 9 mars 2017

IT: TAF C-995/2014 del 9 marzo 2017

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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

E. 1.3

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

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile. Inoltre, con versamento del 24 ottobre 2014 (doc. TAF 20), la ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

E. 2.1

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

E. 2.2

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

E. 2.3

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

E. 2.4

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). Ne discende che in concreto si applicano, da un lato, le disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2011, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPG, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

E. 3.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 20 gennaio 2014. 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. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possono 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).

E. 4.1

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). 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. 4.2

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%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1; 130 V 253 consid. 2.3).

E. 4.3

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. 4.4

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 (cfr. sentenze del TF 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1 e 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

E. 5.1

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; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; 122 V 157 consid. 1c).

E. 5.2

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

E. 5.3

Per quel che riguarda le perizie di parte, il TF ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). 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. 5.4

Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396). Tenendo conto di diversi criteri, lo psichiatra deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato.

E. 5.5

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF

8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

E. 6

L'oggetto del contendere è la questione di sapere se a giusto titolo l'autorità inferiore ha ridotto a un quarto di rendita quella intera fino ad allora accordata alla ricorrente. Benché nella motivazione della decisione impugnata l'UAIE abbia citato sia l'art. 17 LPGA (revisione della rendita) sia l'art. dell'art. 53 LPGA (riconsiderazione di una decisione di rendita a suo tempo in modo manifestamente erroneo), dalla motivazione stessa risulta che l'autorità inferiore ha infine deciso per una riduzione della rendita in considerazione della, a suo giudizio, manifesta erroneità ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPGA della decisione di concessione della rendita intera dell'11 ottobre 2011. Lo si evince dal seguente passaggio: "Si rammenta che il diritto alla rendita intera è stato accordato con decisione formale dell'11 ottobre 2011, ritenendola erroneamente inabile in misura completa in qualsiasi attività professionale" (doc. A 130 pag. 410).

E. 7.1

Giusta l'art. 53 cpv. 2 LPGA, l'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza. Con l'art. 53 LPGA il legislatore ha codificato la giurisprudenza precedente alla sua entrata in vigore sviluppata in tema di revisione e riconsiderazione (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni K 147/03 del 12 marzo 2004 consid. 5.3). La riconsiderazione non è tuttavia ammissibile se la decisione è stata oggetto di controllo giudiziale nel merito (DTF 127 V 466 consid. 2c). L'amministrazione ha peraltro la facoltà, e non l'obbligo, di procedere a un simile riesame nella misura in cui sono soddisfatte determinate condizioni; per contro, né l'assicurato né il giudice possono obbligarla ad entrare nel merito di tale richiesta, poiché non esiste un diritto alla riconsiderazione (sentenze del TF 9C_1061/2010 del 7 luglio 2011 consid. 6.1; 8C_866/2009 del 27 aprile 2010 consid. 2.1 e 2.2; DTF 133 V 50 consid. 4.1; 119 V 475 consid. 1b.cc; sentenze del TAF C-5088/2013 del 21 gennaio 2014 consid. 8.2; C-630/2013 del 14 dicembre 2015 consid. 9).

E. 7.2

Lo scopo della riconsiderazione non è quello di permettere all'amministrazione di ritornare in qualsiasi momento su una decisione corrispondente delle prestazioni periodiche formalmente passata in giudicato in ragione di una migliore conoscenza del dossier. Secondo il principio della sicurezza del diritto, una decisione passata in giudicato può essere riconsiderata solo se era manifestamente errata (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, 2011, p. 847, N 3129).

E. 7.3

Per determinare se siano date le condizioni per la riconsiderazione, in particolare quella dell'erroneità manifesta, occorre riesaminare la fattispecie secondo la situazione giuridica esistente all'epoca in cui la decisione è stata emessa, nel caso concreto l'11 ottobre 2011 (DTF 125 V 383 consid. 3; 119 V 475 consid. 1b/cc).

E. 7.4

Secondo la giurisprudenza del TF, sull'erroneità della decisione non deve sussistere alcun ragionevole dubbio (DTF 138 V 325 consid. 3.3 con rinvii). Questa condizione è di regola

adempita se l'assegnazione di una rendita è intervenuta in base a disposizioni giuridiche errate o se disposizioni rilevanti non sono state applicate rispettivamente lo sono state scorrettamente. Un errore nell'apprezzamento per contro non adempie tali presupposti (DTF 119 V 475 consid. 3; sentenza del TF 8C_1012/2008 del 17 agosto 2009 consid. 2.2; sentenza del TAF C-4568/2013 del 5 gennaio 2015 consid. 16.2).

E. 7.5

In virtù delle risultanze processuali, e contrariamente a quanto ritenuto nella decisione litigiosa, non vi è però motivo di ritenere che la decisione dell'11 ottobre 2011 - mediante la quale l'UAIE ha erogato una rendita intera in favore dell'interessata a decorrere dal 1° maggio 2011 - fosse manifestamente errata ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPGA.

E. 7.5.1

L'amministrazione aveva posto a fondamento della propria decisione dell'11 ottobre 2011 segnatamente la perizia del dott. J._____, reumatologo, del 26 ottobre 2010 (doc. A 34 pag. 65 [ripetuto in doc. A 35 pag. 70 e doc. 2 dell'incarto della cassa malati, doc. B 2 pag. 2]), i vari certificati dei medici curanti, nonché il rapporto finale del SMR con visita dell'interessata dell'8 giugno 2011, eseguita dal dott. K._____, FMH medicina interna, e dal dott. L._____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. A 90 pag. 219). Ora, questo Tribunale rileva che l'integralità della documentazione medica agli atti è stata oggetto di valutazione da parte dell'autorità inferiore e proprio l'esistenza di opinioni divergenti sulla residua capacità lavorativa della ricorrente ha spinto l'amministrazione ad ordinare un esame complementare da parte del SMR l'8 giugno 2011. Sul diverso apprezzamento in merito alla residua capacità lavorativa, basti qui citare il rapporto del 17 aprile 2011 del M._____, medico del SMR, secondo cui l'insorgente era completamente abile in attività adeguate (doc. A 79 pag. 196), la perizia medica particolareggiata E 213 (non motivata) del 20 gennaio 2011, secondo la quale sussisteva una residua capacità lavorativa del 50% (doc. A 60 pag. 140) o la certificazione della Commissione di medici dell'invalidità italiana, che ha ritenuto l'insorgente invalida con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura superiore al 60% (doc. A 101 pagg. 254-256). Sennonché, il fatto che vi siano agli atti di causa valutazioni divergenti quanto alla residua capacità lavorativa della ricorrente, non è manifestamente sufficiente a giustificare una conclusione d'erroneità della decisione dell'11 ottobre 2011. Incombeva peraltro proprio ai medici del SMR, così incaricati dall'autorità inferiore, di determinarsi al riguardo, ciò che hanno fatto dopo avere peraltro visitato personalmente la ricorrente. Inoltre, le considerazioni dei medici del SMR non appaiono sprovviste di fondamento o contraddittorie o con lacune (v. anche considerazioni che seguono). Questo Tribunale non ravvisa pertanto alcuna erroneità manifesta nella decisione litigiosa ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPGA per il fatto che agli atti della causa che ha condotto alla decisione dell'UAIE dell'11 ottobre 2011 fossero presenti valutazioni diverse sulla residua capacità lavorativa della ricorrente e che sulla base del rapporto finale SMR dell'8 giugno 2011 l'autorità inferiore abbia ritenuto nella sua decisione dell'11 ottobre 2011 una totale incapacità lavorativa.

E. 7.5.2

Secondo la giurisprudenza del TF, si può altresì effettuare una riconsiderazione giusta l'art. 53 cpv. 2 LPGA anche nel caso in cui l'istruttoria posta alla base della decisione in esame si rilevi manifestamente carente (cfr. sentenza del TF 9C_146/2014 del 19 dicembre 2014 consid. 4.3). Si pone quindi pure la questione di sapere se l'emanazione della decisione

dell'11 ottobre 2011 sia stata fatta sulla base di un accertamento manifestamente insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti. Nella decisione del 20 gennaio 2014, l'UAIE ha indicato che "In occasione della revisione avviata d'ufficio, si è proceduto con l'affidare un mandato peritale al Servizio accertamento medico (SAM), il quale ha potuto giungere alle proprie conclusioni grazie ad ulteriori indagini (di laboratorio, radiografiche e strumentali) di cui non si disponeva a suo tempo". Ora, l'autorità inferiore non ha però indicato con la necessaria precisione a quali esami si riferisce né perché questi non furono o non poterono essere eseguiti all'epoca. A questo proposito si ricorda che la riconsiderazione non è data per il solo fatto che non sono stati eseguiti degli esami che però avrebbero potuto esserlo, ma solo se questi esami risultavano necessari e l'istruttoria doveva ritenersi manifestamente lacunosa. Non vi è alcuna seria ragione per considerare adempite queste condizioni, neppure ad un esame d'ufficio della fattispecie. Può peraltro essere lasciata indecisa la questione di sapere se una riconsiderazione possa eventualmente giustificarsi pure nell'ipotesi in cui degli esami non sono stati eseguiti in una prima procedura di rendita poiché non ancora conosciuti dalla scienza. Infatti, neppure tale ipotesi è stata correttamente sollevata e tanto meno, nonché soprattutto, sufficientemente motivata dall'autorità inferiore. Pertanto, anche da questo profilo non è data la condizione della manifesta erroneità della decisione dell'11 ottobre 2011 necessaria per procedere ad una riconsiderazione della stessa.

E. 7.5.3

Questo Tribunale osserva inoltre, sempre in merito alle condizioni per una riconsiderazione, che il dott. N._____, medico del SMR la cui specializzazione non è nota, nel proprio rapporto del 20 aprile 2011 (doc. A 83 pag. 210) aveva proposto un complemento istruttorio mediante l'espletamento di una visita (e non di una perizia) reumatologica ed eventualmente psichiatrica dell'interessata. L'8 giugno 2011, i dott.ri K._____, FMH in medicina interna, e L._____, FMH in psichiatria e psicoterapia, hanno visitato l'assicurata (doc. A 90 pag. 219). A tal proposito giova rilevare che sebbene non sia stata effettuata una visita da parte di un reumatologo, ma di uno specialista in medicina interna, questa sola lacuna non può essere considerata, conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso concreto, quale lacuna manifesta e sufficiente a legittimare una riconsiderazione. In effetti, nell'ambito dell'istruttoria di causa era già stato eseguito, il 26 ottobre 2010, un esame specialistico in reumatologia dal dott. J._____ (cfr. doc. B 2 pag. 2). Inoltre, il dott. K._____ ha visitato personalmente l'interessata l'8 giugno 2011 - momento in cui, secondo i periti del SAM (cfr. perizia pluridisciplinare del 24 luglio 2013 [doc. A 110, pag. 309]), lo stato di salute dell'insorgente doveva considerarsi invariato da febbraio del 2011 - ed ha comunque esperito un esame obiettivo (cfr. doc. A 90 pagg. 227 e 228). Nel rapporto finale dell'8 giugno 2011, i medici SMR non hanno infine ritenuto opportuno effettuare ulteriori esami specialistici. A giusta ragione, ritenuto che anche dopo l'effettuazione della perizia pluridisciplinare del 24 luglio 2013 da parte del SAM nell'ambito della revisione promossa il 7 agosto 2012, è stato rilevato che lo stato di salute della ricorrente è invariato dal 1° febbraio 2011 e che dalla decisione dell'11 ottobre 2011 il quadro clinico non si è modificato (doc. A 110, pag. 309). Peraltro, il dott. C._____, perito reumatologo del SAM, non ha qualificato di manifestamente errate le valutazioni del dott. J._____ e del dott. K._____. Anzi, ha persino indicato nel proprio complemento peritale del 7 giugno 2013 (doc. A 110 pagg. 313-315) che "risulta ora difficile, a posteriori, stabilire quale fosse l'incapacità lavorativa a decorrere dal 23 febbraio 2010", anche se poi ha proposto, ma solo con riserva - con l'indicazione "teoricamente si potrebbe pensare" - una possibile variante rispetto a quella ritenuta dal SMR. In altri termini, il semplice fatto che a posteriori, sulla

base della valutazione SAM del luglio 2013, si possa giungere a conclusioni diverse in merito alla residua capacità lavorativa della ricorrente, benché lo stato di salute dell'insorgente medesima sia rimasto invariato, non costituisce di certo una manifesta erroneità, ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPGA, della decisione originaria resa dall'UAIE l'11 ottobre 2011.

E. 7.6

Ne consegue che - conto tenuto delle risultanze processuali, segnatamente di uno stato di salute della ricorrente rimasto invariato almeno da febbraio 2011 - la valutazione dei periti del SAM del luglio 2013, diversa da quella del SMR dell'8 giugno 2011 in merito alla residua capacità lavorativa dell'insorgente non è altro che un diverso apprezzamento della fattispecie e non può quindi essere ritenuto un accertamento manifestamente insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti. In conclusione, da quanto esposto, discende che non sono date le condizioni per una riconsiderazione della decisione dell'UAIE dell'11 ottobre 2011 giusta l'art. 53 cpv. 2 LPGA.

E. 8

Prima di accogliere il gravame, annullare la decisione impugnata e riformarla nel senso che l'insorgente continuerà a beneficiare di una rendita intera (perlomeno fino alla data della decisione impugnata), va esaminato se il provvedimento impugnato possa essere confermato mediante sostituzione dei motivi ai sensi dell'art. 17 LPGA rispettivamente della lett. a delle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011 della LAI (revisione 6a).

E. 8.1

Una sostituzione dei motivi è in generale ammissibile solo allorquando la decisione impugnata possa in ogni caso e senza ombra di dubbio venire confermata nel risultato sulla base di un'altra motivazione. Occorre altresì che gli atti di causa siano completi o comunque sufficienti a statuire e che la motivazione sostitutiva si basi su fatti noti alla parte e su norme giuridiche di cui poteva, perlomeno, supporre la pertinenza (cfr., fra le tante, la sentenza del TF 8C_680/2014 del 16 marzo 2015 consid. 3.2 con rinvii; cfr. pure DTF 120 Ia 220 consid. 3d; 112 Ia 129 consid. 3c; sentenza del TAF C-726/2013 del 14 settembre 2016 consid. 7 e 7.1). Nel caso concreto, tali requisiti non sono adempiti per i motivi indicati di seguito.

E. 8.2.1

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 (cfr. art. 87 cpv. 1 OAI [RS 831.201]) o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modifica (cfr. art. 88a cpv. 1 OAI). La riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI).

E. 8.2.2

Secondo la giurisprudenza del TF, 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. Per conseguenza, 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 (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). Irrilevante è invece una diversa valutazione - medica o giuridica - di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (cfr. sentenza del TF 9C_408/2013 del 14 novembre 2013 consid. 2 con rinvii).

E. 8.2.3

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 dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 133 V 108). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra l'11 ottobre 2011, data della decisione dell'UAIE mediante la quale è stata accordata la rendita intera d'invalidità, e il 20 gennaio 2014, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

E. 8.2.4

Il TF ha precisato che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute atta a giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità. Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (DTF 141 V 9).

E. 8.3.1

Come già precedentemente rilevato, nella perizia pluridisciplinare SAM del 24 luglio 2013 (cfr. doc. A 110 pagg. 278 e segg.) è stato indicato che lo stato di salute dalla ricorrente è invariato e più precisamente che il quadro clinico non si è modificato "dalla data della decisione AI (dell'11 ottobre 2011) di elargire una rendita AI intera" (cfr. doc. A 110 pag. 309 [v. anche pag. 308 della perizia dove è indicato che lo stato di salute è invariato persino dal 1° febbraio 2011]). Secondo il neurologo dott. E. _____, lo stato di salute

dell'insorgente è invariato già da inizio novembre 2010 (doc. A 110 pag. 329) e secondo il reumatologo dott. C. _____ da febbraio 2011 (doc. A 110 pag. 314).

E. 8.3.2

La questione di sapere a partire da quale momento preciso lo stato di salute della ricorrente è rimasto invariato può essere lasciata indecisa, essendo sufficiente, nell'ambito della presente procedura, che tale stato sia rimasto invariato dall'11 ottobre 2011.

E. 8.3.3

Ciò premesso, questo Tribunale rileva che anche ad un esame d'ufficio degli atti di causa non è ravvisabile alcun motivo per scostarsi su questo punto dalla testé citata conclusione della perizia pluridisciplinare del 24 luglio 2013, di modo che non sono date le condizioni per confermare la decisione impugnata mediante una sostituzione dei motivi ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGA. In effetti, e da un lato, né nella decisione impugnata né nelle diverse prese di posizioni in sede ricorsuale, l'autorità inferiore ha indicato in cosa consisterebbe il miglioramento dello stato di salute della ricorrente che sarebbe intervenuto tra l'11 ottobre 2011 ed il 20 gennaio 2014 e che giustificerebbe una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGA. Dall'altro lato, anche confrontando la numerosa documentazione medica di cui agli atti di causa - relativa alla procedura di concessione della rendita intera e di quella in esame di riduzione della rendita - non appare dimostrata, con il necessario grado della verosimiglianza preponderante, la sopravvenienza, posteriormente alla decisione dell'UAIE dell'11 ottobre 2011 e fino al 20 gennaio 2014, di nuove affezioni suscettibili di giustificare una revisione rispettivamente aventi influsso sulla capacità lavorativa (cfr., fra l'altro, sulla documentazione inoltrata dalla ricorrente in corso di procedura ricorsuale la presa di posizione del SAM del 28 novembre 2014 [doc. TAF 28]. Certo, nella presa di posizione del SAM del 7 giugno 2014 (doc. TAF 10, allegato 5), è fatto riferimento ad una nuova affezione, ossia l'epilessia, cui è fatto riferimento nel rapporto medico della dott.ssa O. _____ del 15 febbraio 2014. Nella menzionata presa di posizione del SAM è indicato che questa diagnosi non era presente al momento dell'effettuazione della perizia neurologica dell'aprile 2013, che non è citata nella valutazione del dott. G. _____ del 29 novembre 2013 e che non vi sono documenti che permettano di determinare da quando la malattia si è manifestata. Questo Tribunale constata altresì che non vi è agli atti di causa alcun documento da cui risulti che l'epilessia sia sorta entro il 20 gennaio 2014 (data della decisione impugnata) e abbia avuto un influsso determinante sulla capacità lavorativa della ricorrente. Date le premesse, non vi è ragione di effettuare ulteriori approfondimenti, ritenuto che questa nuova diagnosi aggiuntiva, quand'anche fosse già stata presente prima della resa della decisione impugnata, non avrebbe comunque potuto giustificare di per sé una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGA, dal momento che non è suscettibile di influenzare il diritto della ricorrente ad una rendita, dal momento che l'insorgente stessa già percepisce una rendita intera dal 1° maggio 2011 (cfr. sulla questione, la sentenza del TAF C-7527/2014 del 12 agosto 2015 consid. 7.3.6 con rinvii).

E. 8.4

Infine, non sono manifestamente adempite nel caso concreto le condizioni per una conferma della decisione impugnata, mediante sostituzione dei motivi, in virtù della lett. a delle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011 della LAI (revisione 6a), in quanto la rendita intera accordata alla ricorrente con decisione dell'11 ottobre 2011 lo è stata sulla base di un danno alla salute somatico e non di una sindrome senza patogenesi o eziologia

chiare e senza causa organica comprovata.

E. 9

Visto quanto esposto, il ricorso deve essere accolto e l'impugnata decisione del 20 gennaio 2014 riformata nel senso che alla ricorrente è riconosciuto il diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (anche) a decorrere dal 1° marzo 2014. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda al calcolo delle prestazioni di legge riconosciute compresi gli arretrati dovuti a partire dal mese di marzo 2014 e gli eventuali interessi.

E. 10.1

Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.-, versato il 24 ottobre 2014, sarà restituito alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

E. 10.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da mandatario professionale che non è avvocato, si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità per spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli 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'indennità per spese ripetibili, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.- (compresi i disborse ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-3058/2015 del 23 maggio 2016 consid. 22.4.4 con rinvii]), tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante della ricorrente (Patronato INAS). La stessa 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.