



Corte III
C-111/2011

Sentenza del 12 settembre 2013

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Francesco Parrino e Daniel Stufetti,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
rappresentata dal Patronato INCA,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero (UAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del 25 novembre
2010).

Fatti:**A.**

A.a Il 6 dicembre 1999, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone B._____ (Ufficio AI) ha deciso di erogare in favore di A._____ – cittadina svizzera, nata (...), nubile (doc. 49) – una mezza rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità per caso di rigore (giusta l'art. 28 cpv. 1bis della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità [LAI, RS 831.20; nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2003]) a decorrere dal 1° settembre 1999 (doc. 83; v. anche doc. 81). È stato stabilito, in particolare in virtù del rapporto del maggio 1999 della dott.ssa C._____, specialista in psicologia e psicoterapia, che l'interessata soffriva segnatamente di una depressione reattiva con grave ansia, sintomi psicosomatici e scarsa autostima (doc. 65). È stato considerato che la stessa presentava, da giugno del 1998 (doc. 79), una capacità al lavoro del 60% (tre giorni alla settimana) nell'attività abituale di aiuto infermiera (v. il rapporto dell'agosto 1999 del consulente per l'integrazione professionale dell'Ufficio AI concernente la valutazione delle capacità professionali da giugno ad agosto del 1999 [doc. 78]), ciò che conduceva ad un grado d'invalidità del 47% (doc. 79).

A.b L'erogazione di una mezza rendita è poi stata confermata con comunicazione del 16 ottobre 2001 (doc. 91), con comunicazione dell'8 febbraio 2002 (doc. 103) e con decisione del 26 settembre 2003 (doc. 112).

B.

B.a Il 21 novembre 2003, l'interessata ha formulato una domanda di revisione del diritto alla rendita (doc. 115). Il 5 aprile 2004, l'Ufficio AI ha deciso – sulla base della documentazione medica fornita (v. in particolare i rapporti medici del 20 agosto 2003 del dott. D._____, specialista in medicina interna, e del 1° marzo 2004 del dott. E._____, specialista in medicina generale, in cui è riferito che la paziente è affetta da linfoma di Hodgkin con sclerosi nodulare stadio II A, che è stata sottoposta a cicli di chemioterapia e radioterapia, che vi è stato un peggioramento della depressione reattiva con ansia e tendenza alla somatizzazione di cui soffre e che la medesima ha presentato un'incapacità al lavoro del 100% dal 1° luglio 2003 [doc. 111 e 141]) – che, a decorrere dal 1° novembre 2003, la mezza rendita d'invalidità pagata fino ad allora è sostituita da una rendita intera d'invalidità (l'interessata è stata considerata invalida per qualsiasi attività nella misura del 100% da novembre del 2003; doc. 149; v. anche doc. 143 e 145).

B.b Il 30 settembre 2004, a seguito del trasferimento all'estero dell'assicurata (v. doc. 163), l'Ufficio AI ha trasmesso l'incarto all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE; doc. 162). Con comunicazione del 12 ottobre 2004 (doc. 170), l'UAIE, dopo aver indicato che "in seguito alla partenza per l'estero, la Cassa svizzera di compensazione (era) competente per il pagamento della rendita", ha confermato l'importo della rendita.

C.

C.a Il 25 settembre 2009, l'autorità inferiore ha avviato la prevista procedura di revisione della rendita, chiedendo all'assicurata di produrre la documentazione medica in suo possesso a far tempo dal 2006 (doc. 178).

C.b Dalle carte processuali risulta che sono stati prodotti documenti medici di data intercorrente da marzo 2006 ad ottobre 2009 (doc. 180 a 200 e 203) nonché il questionario per la revisione della rendita AI del 13 ottobre 2009 (doc. 201).

C.c Nel rapporto del 13 gennaio 2010, il dott. F._____, del Servizio medico regionale Rhône (SMR), ha rilevato che, dal profilo somatico, i rapporti oncologici (ematologici) attestano la remissione del linfoma di Hodgkin. Per contro, dal profilo psichico, i documenti medici non si pronunciano sull'evoluzione del disturbo psichico. Il dott. F._____ ha quindi chiesto un complemento d'istruttoria (doc. 207).

C.d Il 2 febbraio 2010, l'UAIE ha chiesto all'INPS di G._____ di sottoporre l'interessata ad una nuova visita medica e di far pervenire un esame psichiatrico (rapporto dattiloscritto con indicazione del rapporto relativo a detto esame; doc. 209).

C.e Dalle carte processuali risulta essere stato prodotto un rapporto medico del 22 marzo 2010 del dott. H._____, specialista in psichiatria (doc. 210).

C.f Nel rapporto del 12 luglio 2010, il dott. F._____ ha rilevato che il rapporto psichiatrico del marzo 2010 conclude all'assenza di una patologia psichiatrica. Secondo il medico, l'interessata non è affetta da alcuna patologia con incidenza funzionale significativa sulla capacità lavorativa. Il dott. F._____ ha quindi ritenuto che la medesima presenta una capacità al lavoro intatta, dunque del 100%, sia nella precedente attività sia in un'attività sostitutiva adeguata a decorrere dal 22 marzo 2010 (doc. 214).

D.

Il 9 agosto 2010, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, dopo aver constatato che in virtù dei nuovi documenti ricevuti l'esercizio di un'attività lucrativa sarebbe da considerare esigibile a tempo pieno, ha comunicato all'assicurata che non sussisterebbe più un diritto ad una rendita, essendo intervenuto un miglioramento ai sensi dell'art. 88a cpv. 1 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201). L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessata la facoltà di formulare nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione delle obiezioni per iscritto (doc. 215).

E.

E.a Il 1° e 9 settembre 2010 (doc. 249 e 250), l'interessata ha postulato il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità dal momento che secondo il rapporto medico del 1° settembre 2010 del dott. I._____, allegato in copia (doc. 247), le patologie di cui è affetta comportano un'incapacità al lavoro dell'80% in una qualsiasi attività lucrativa. Ha contestato un miglioramento delle sue condizioni di salute. Ha esibito documenti medici di data intercorrente da ottobre 1987 a luglio 2010 (alcuni documenti medici già agli atti di causa; doc. 221 a 241 e 243 a 246).

E.b Il 30 settembre 2010 (doc. 250), la medesima ha prodotto una relazione psichiatrica del 30 settembre 2010 della dott.ssa J._____(doc. 251).

E.c Nel rapporto del 27 ottobre 2010, il dott. F._____ ha rilevato che non vi erano motivi per modificare la sua precedente presa di posizione (doc. 253).

F.

Il 25 novembre 2010, l'autorità inferiore ha deciso di sopprimere, con effetto al 1° gennaio 2011, la rendita intera d'invalidità pagata fino ad allora (doc. 256; v. anche doc. 254).

G.

G.a Il 7 gennaio 2011, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 25 novembre 2010 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità anche successivamente al 1° gennaio 2011. Ha contestato un miglioramento delle sue condizioni di salute. In

particolare, ha segnalato che i disturbi psichici di cui è affetta non le consentono di reinserirsi in un mercato equilibrato del lavoro. L'insorgente ha pure fatto valere che avrebbe deciso di sospendere ogni terapia tenuto conto della sua rassegnazione di fronte ai disturbi psichici di cui soffre sin dall'infanzia. Chiede peraltro di essere sottoposta ad una perizia psichiatrica. Ha esibito una relazione psichiatrica del 30 settembre 2010 della dott.ssa J. _____ (già agli atti di causa; doc. TAF 1).

G.b L'8 febbraio 2011, la medesima ha versato l'anticipo spese (doc. TAF 2 e 3).

H.

Nella risposta al ricorso del 2 maggio 2011, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti del 12 luglio e 27 ottobre 2010 del proprio servizio medico, lo stato di salute della ricorrente è migliorato, la medesima essendo abile al lavoro a tempo pieno. L'autorità inferiore ha altresì segnalato che l'insorgente non ha allegato alcun fatto nuovo e neppure esibito nuova documentazione medica suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento (doc. TAF 6).

I.

I.a Nella replica del 3 giugno 2011, la ricorrente si è riconfermata nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 7 gennaio 2011 (doc. TAF 8).

I.b Con provvedimento del 9 giugno 2011, questo Tribunale ha trasmesso all'autorità inferiore per conoscenza la replica dell'insorgente del 3 giugno 2011 (doc. TAF 9).

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

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 della legge fede-

rale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

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 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché il Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 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 (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n. 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

2.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare

l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

2.3 L'art. 80a LAI, nella versione in vigore fino al 31 marzo 2012, sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71. I nuovi Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009 relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, entrati in vigore il 1° aprile 2012 nei rapporti tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione Europea, che sostituiscono i Regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72, non appaiono altresì applicabili al caso concreto.

2.4 Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 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.

3.2 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 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 5a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGa, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). La procedura di revisione del diritto alla rendita essendo stata avviata nel mese di settembre del 2009, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 5a revisione della LAI entrate

in vigore il 1° gennaio 2008. Le disposizioni relative alla 6a revisione della LAI (primo pacchetto di misure) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 non sono invece applicabili (RU 2011 5659, FF 2010 1603).

4.

4.1 L'invalidità ai sensi della LPGGA 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 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, 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 LPGGA).

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 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%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4, 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 LPGGA), 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 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

4.3 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGGA, 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).

4.4 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.

4.5 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 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

5.

5.1 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.

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

5.3 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 l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo d'ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni, dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. La riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi 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).

5.4 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. 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 (sentenza del Tribunale federale 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 LPGGA). A differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGGA 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. Per contro, modifiche nei soli fattori statistici non sono riconducibili a un cambiamento nel contesto concreto della persona assicurata, ma configurano unicamente dei cambiamenti esterni che non riflettono la situazione personale di quest'ultima (DTF 133 V 545 consid. 7.1). In questo senso il Tribunale federale ha precisato – in una vertenza in cui lo stato di salute era rimasto invariato – che modifiche di poco conto nei dati statistici salariali non giustificano una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore limite viene superato per eccesso o per difetto (DTF 133 V 545 consid. 7.3). Per le stesse considerazioni, la possibilità di procedere a una revisione va ugualmente negata se la modifica riguardante i soli valori statistici (esterni) è di un certo rilievo. Se infatti risulta che il motivo effettivo per una revisione del diritto alla rendita risiede nella modifica dei valori statistici (tabellari), simile operazione deve essere esclusa (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_696/2007 del 9 novembre 2009 consid. 5.1 ss. nonché relativi riferimenti). Irrilevante è pure una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

5.5 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 (sentenza del Tribunale federale I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 5 aprile 2004, data della decisione dell'UAIE mediante la quale è stata accordata la rendita intera d'invalidità, e il 25 novembre 2010, 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).

6.

6.1 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 125 V 351 consid. 3).

6.2 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 (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). 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 (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

6.3 Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse 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 e relativi riferimenti).

6.4 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.

6.5 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 Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

7.

7.1 Questo Tribunale rileva che il 5 aprile 2004, momento in cui è stato deciso che la mezza rendita d'invalidità è sostituita da una rendita intera d'invalidità a decorrere dal 1° novembre 2003, è stato rilevato, in particolare sulla base dei rapporti del 20 agosto 2003 del dott. D._____, specialista in medicina interna (doc. 111), e del 1° marzo 2004 del dott. E._____, specialista in medicina generale (doc. 141), che la ricorrente era affetta segnatamente da linfoma di Hodgkin con sclerosi nodulare stadio II A sottoposto a cicli di chemioterapia e radioterapia e da depressione reattiva con ansia e tendenza alla somatizzazione in trattamento psicologico.

7.2 Nell'ambito della procedura di revisione, dalla documentazione medica assunta agli atti (cfr. in particolare doc. 180, 183, 184, 186, 188, 190, 191, 203, 244 e 251) emerge che l'insorgente è in stato di remissione dell'affezione oncologica e che soffre segnatamente di sintomi di ansia e depressione.

7.3

7.3.1 Il dott. F._____, medico SMR, nei rapporti del 13 gennaio, 12 luglio e 27 ottobre 2010 (doc. 207, 214 e 253), su cui si fonda la decisione impugnata, ha ritenuto di poter ravvisare, in virtù della documentazione medica assunta agli atti, un notevole miglioramento dello stato di salute della ricorrente e, conseguentemente, della sua capacità al lavoro. In particolare, ha rilevato (rispetto al quadro clinico esistente nel 2004) che i rapporti oncologici (ematologici) del marzo ed agosto 2006, dell'ottobre 2007, del novembre 2008, del maggio ed ottobre 2009 e del maggio 2010 (doc. 180, 183, 186, 188, 191, 203 e 244) attestano la remissione e l'assenza di recidive del linfoma di Hodgkin nodulare – malattia oncologica diagnosticata nel maggio del 2003 e trattata con chemioterapia e radioterapia sino a dicembre del 2003 (v. doc. 141) – e riferiscono di condizioni cliniche buone e di esami di laboratorio normali. Ha constatato che il rapporto psichiatrico del 22 marzo 2010 (doc. 210) indica che l'insorgente non presenta alcuna patologia psichiatrica. Ha altresì osservato che il rapporto medico del 1° settembre 2010 del dott. I.____ (doc. 247) espone le note patologiche, ossia la difficoltà di deglutizione, le epistassi ricorrenti, l'ipotiroidismo in trattamento sostitutivo, la poliglobulia, la difficoltà respiratoria nasale con sinusite cronica e poliposi nasale e la poliallergia, patologie che non hanno subito mutamenti significativi, e riferisce della persistenza di una marcata astenia, affezione quest'ultima che non è (mai) stata menzionata nei documenti medici agli atti di causa, segnatamente nei rapporti delle regolari visite oncologiche (ematologiche), in cui è riferito di condizioni generali buone. Secondo il medico, sia dal profilo somatico sia dal profilo psichico, non sussiste alcuna patologia con incidenza funzionale significativa sulla capacità lavorativa. Il dott. F._____ ha quindi ritenuto esigibile per la ricorrente, dal profilo medico, a far tempo dal 22 marzo 2010 (data del rapporto psichiatrico), l'esercizio sia della precedente attività di aiuto infermiera sia di un'attività confacente al suo stato di salute nella misura del 100%.

7.3.2 Allo stato attuale degli atti di causa, tale valutazione generale sul preteso miglioramento significativo dello stato di salute della ricorrente sia dal profilo somatico sia da quello psichiatrico non può essere condivisa,

la stessa fondandosi su documentazione medica lacunosa e troppo generica.

7.3.2.1 Dal profilo somatico, se invero, e come rettamente rilevato dal dott. F._____, non sembra sussistere una recidiva del linfoma di Hodgkin (nodulare), lo stato generale di salute della ricorrente non è stato per contro, contrariamente a quanto perlomeno implicitamente ritenuto nelle prese di posizione del dott. F._____, oggetto di un nuovo e sufficiente esame. Il fatto che in alcuni documenti medici dell'Azienda ospedaliero-universitaria di G._____, Clinica ematologica, sia fatto un generico riferimento a condizioni cliniche generali buone (ultimo in ordine di tempo quello del 7 maggio 2009 [doc. 191]) rispettivamente, in uno del 3 maggio 2010, ad un peraltro poco dettagliato "sta bene" (doc. 244), non può considerarsi quale sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato generale di salute della ricorrente dal profilo somatico (di quello psichiatrico si dirà di seguito). In un documento medico del 6 ottobre 2009 del Servizio sanitario nazionale della regione autonoma del K._____ (doc. 199) è fatto riferimento a condizioni cliniche generali stazionarie e in compenso con l'aiuto farmacologico. Sussistono pertanto dubbi sulle pretese buone condizioni generali della ricorrente al momento della resa della decisione litigiosa, ricorrente che per quanto emerge dalle carte processuali soffre di numerosi disturbi tra cui l'ipotiroidismo (cfr. appunto, fra gli altri, doc. 199 e doc. 247 [certificato medico del 1° settembre 2010]), la marcata astenia e la poliglobulia (doc. 247) e il cui "aspetto psicomotorio è rallentato da un'algia lombosacrale" (doc. 210 [certificato medico del 22 marzo 2010]). L'assenza dell'abituale rapporto dettagliato E 213, senza che il medico SMR si sia pronunciato sul motivo per cui tale rapporto non fosse indispensabile, nonché di riferimenti concreti sulla residua capacità lavorativa nei documenti medici agli atti a partire perlomeno dal 2006 – ad esclusione del generico rapporto medico del 1° settembre 2010 in cui è indicata una "permanente invalidità di almeno l'80 (ottanta) per cento della sua capacità di lavoro e guadagno" – non consentivano né consentono di farsi un'idea seria e fondata, neppure nel senso della probabilità preponderante, dell'insieme delle affezioni di cui soffriva la ricorrente al momento della resa della decisione impugnata e della loro incidenza sulla capacità lavorativa. Non bisogna poi dimenticare che nell'ambito di una procedura di revisione promossa dall'UAIE, incombe in primo luogo a tale ufficio di accertare d'ufficio, naturalmente con l'ausilio della persona assicurata, i fatti determinante atti a dimostrare in modo concludente l'esistenza delle condizioni per una soppressione della rendita intera fino ad allora accordata. Nel caso concreto, e dal profilo somatico, non sono però state effettuate dall'UAIE le necessarie indagini,

senza che possa essere rimproverato alla ricorrente di non avere presentato dei documenti che le sarebbero stati richiesti dall'amministrazione.

7.3.2.2 Per quanto emerge dagli atti di causa, non è condivisibile neppure l'assunto del dott. F._____ secondo cui sarebbe senz'altro sufficientemente accertato un miglioramento della salute dell'insorgente dal profilo psichiatrico. Dalle carte processuali emerge in particolare che nel 1999, al momento in cui le è stata accordata una mezza rendita d'invalidità, riconducibile essenzialmente ad un disturbo psichico, la ricorrente soffriva segnatamente di una depressione reattiva con grave ansia, sintomi psicosomatici e scarsa autostima e si sottoponeva una volta alla settimana, da giugno del 1998, ad un trattamento psicoterapeutico (cfr. rapporto specialistico del 12 maggio 1999 della dott.ssa C._____ [doc. 65]). La situazione appariva poi avere subito un cambiamento significativo a partire da marzo del 2004, data di un rapporto medico del dott. E._____, specialista in medicina generale (doc. 141), da cui risultava un peggioramento del disturbo psichico, nonostante un regolare trattamento psicologico. Nell'ambito della procedura di revisione in esame, il dott. F._____, nella sua presa di posizione del 13 gennaio 2010 (doc. 207), aveva chiesto l'effettuazione di un dettagliato accertamento psichiatrico al fine di una corretta e completa constatazione dei fatti determinanti. Ora, il rapporto di visita psichiatrica del 22 marzo 2010 dello specialista psichiatra dott. H._____ (doc. 210) è basato su un'anamnesi totalmente incompleta, non contiene indicazioni temporali, non si esprime sull'evoluzione nel tempo della depressione reattiva diagnosticata nel 1999, non contiene una discussione del caso e una diagnosi motivata, non si pronuncia sul momento a partire dal quale vi sarebbe stato un miglioramento significativo dello stato di salute dell'insorgente, fermo restando che fa stato di una comprensione non eccellente, un eloquio moderatamente rallentato, ritmo sonno/veglia alterato, relazioni affettive modeste e contatti sociali molto limitati. Per conseguenza, non è dato sapere come lo specialista in questione sia giunto alla conclusione che "la paziente non presenta patologie di ordine psichiatrico". Peraltro, nella relazione del 30 settembre 2010 della dott.ssa J._____, psichiatra presso il Centro di salute mentale di L._____ (doc. 251), è fatto stato di un'anamnesi un pochino più completa (con indicazioni preoccupanti che giustificano approfondimenti [vi sarebbe stato un peggioramento di sintomi di ansia e depressione con comparsa di palpitazioni, dolore toracico, sensazioni di soffocamento, iperventilazione, capogiri e paura di morire per il soffocamento]), ma non vi è né discussione del caso né diagnosi motivata. I due rapporti psichiatrici non soddisfano pertanto minimamente il presupposto del contenuto minimo richiesto per potere attribuire loro un valore probatorio sufficiente

alfine della dimostrazione di un intervenuto miglioramento, non solo temporaneo, dello stato di salute psichico della ricorrente. In conclusione sono necessari ulteriori approfondimenti anche dal profilo psichiatrico.

7.3.3 Già per questi motivi la decisione impugnata, fondata su un insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento, ritenuto che non è possibile determinarsi con cognizione di causa sull'esistenza di un miglioramento dello stato di salute della ricorrente suscettibile di influire sul grado d'invalidità nel periodo determinante e di giustificare un'(eventuale) riduzione o soppressione della rendita d'invalidità finora accordata.

8.

Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso 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 Tribunale amministrativo federale C-71/2010 del 25 giugno 2012 consid. 9.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e DTF 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute della ricorrente, segnatamente con un esame sullo stato di salute generale dell'insorgente e con un esame specialistico sullo stato di salute psichiatrico (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute della ricorrente dovesse rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione.

9.

Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 25 novembre 2010 l'autorità inferiore ha deciso di sopprimere, con effetto al 1° gennaio 2011, la rendita intera d'invalidità versata fino ad allora.

10.

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. 300.--, versato l'8 febbraio 2011, sarà restituito alla ricorrente allorché la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

10.2 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]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.--, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante della ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto, nel senso che la decisione impugnata del 25 novembre 2010 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed emani una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 300.--, corrisposto l'8 febbraio 2011, sarà restituito alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

3.

L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 1'000.-- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (Atto giudiziario)
- ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif.; Raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata)

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF, RS 173.110). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: