



Corte III
C-175/2008
{T 0/2}

Sentenza del 19 gennaio 2009

Composizione

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

Parti

A. _____,
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 16 novembre
2007).

Fatti:**A.**

Il 6 novembre 2001, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha deciso di erogare in favore di A._____ – cittadina italiana, nata il [...], coniugata con figli, casalinga dal 1992 dopo il rientro in Italia (doc. 1 e doc. 7) – una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° gennaio 2001 (doc. 33). È stato stabilito, in virtù della documentazione medica agli atti, che l'interessata era affetta da linfoma non Hodgkin ad alto grado di malignità – che ha necessitato di chemioterapia e di un trapianto di cellule midollari (staminali) – da poliartrrosi, da bronchite cronica e da uno stato ansio-depressivo. Il medico dell'UAIE ha quindi ritenuto che conto tenuto dei trattamenti pesanti cui si era sottoposta, l'interessata doveva essere considerata invalida per qualsiasi attività nella misura dell'80% (cfr. rapporto del 30 aprile 2001; doc. 28).

B.

Nel mese di luglio del 2005, l'autorità inferiore ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 35).

B.a Nel questionario per la revisione della rendita Al del 15 dicembre 2005, l'assicurata ha dichiarato di non esercitare alcuna attività lucrativa (doc. 39). Nel formulario per assicurati occupati nell'economia domestica, sempre del 15 dicembre 2005 (doc. 40), ha affermato di non essere più in grado di svolgere le mansioni domestiche che competono ad una casalinga e di necessitare dell'aiuto di terzi (segnatamente della figlia). È stata esibita copiosa documentazione medica (doc. 41 a doc. 66).

B.b L'interessata è stata sottoposta a visita il 25 ottobre 2005 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di B._____. Il medico incaricato dell'esame ha posto la seguente diagnosi: "bronchite cronica in esiti di intervento di lobectomia inferiore dx parziale per granuloma micotico polmonare, ipertensione arteriosa, poliartrrosi in sovrappeso con moderato impegno funzionale, sindrome ansioso depressiva di grado moderato, pregresso linfoma n.h. trattato con chemioterapia e trapianto di midollo in follow up". Ha inoltre precisato che le condizioni di salute dell'assicurata sono rimaste stazionarie e considerato l'interessata inabile all'85% nel suo ultimo

lavoro (v. doc. 67, perizia medica particolareggiata su formulario E 213).

B.c L'UAIE ha sottoposto l'incarto al dott. C._____, del proprio servizio medico. Nel suo rapporto del 16 marzo 2006 – dopo avere premesso che la ricorrente ha svolto l'attività d'operaia di fabbrica dal 1967 al 1992, ma prima dell'inizio del diritto alla rendita esclusivamente le mansioni di casalinga – ha osservato che la documentazione medica agli atti non permette d'esprimersi in merito alle terapie e alle condizioni psico-fisiche dell'assicurata (assenza pure di valori ematici). Ha inoltre segnalato che dal questionario per assicurati occupati nell'economia domestica risulta un grave impedimento per le mansioni di casalinga. Pure da questo profilo la documentazione è stata ritenuta insufficiente per potere trarre conclusioni definitive. È stato quindi chiesto un complemento d'istruttoria (doc. 69).

B.d Il 31 marzo 2006, la dott. ssa D._____, ha confermato, su richiesta dell'UAIE, la necessità di richiedere nel caso concreto degli esami complementari come richiesto dal collega dott. C._____.

B.e Il 3 aprile 2006, l'autorità inferiore ha richiesto all'INPS di B._____, da un lato, di sottoporre l'assicurata a nuovi esami ematico, oncologico e psichiatrico (con indicazioni precise sul contenuto di ciascuno dei citati esami), e, dall'altro lato, informazioni sull'aspetto, sull'atteggiamento, sull'orientamento spazio-temporale, sul pensiero dal punto di vista formale e del contenuto, sui contatti affettivi, sulla tendenza al suicidio, sui disordini del ritmo circadiano e sulla psicomotricità dell'interessata (doc. 72).

B.f È stato successivamente prodotto agli atti un insieme di documenti medici (doc. 74 a doc. 85).

L'UAIE ha quindi nuovamente sottoposto l'incarto alla dott.ssa D._____, la quale, nel suo rapporto del 27 ottobre 2006, ha considerato che sulla base della documentazione fornita non è dato conoscere lo stato generale dell'interessata, in particolare quali sono le conseguenze legate ai trattamenti subiti, quali i trattamenti attualmente effettuati e quali le limitazioni obiettive nelle mansioni di casalinga. Ha perciò proposto di assumere agli atti un rapporto medico oncologico ed i risultati di esami del sangue (doc. 86 e 86.1).

B.g Il 30 ottobre 2006, l'autorità inferiore ha chiesto all'INPS di B._____ l'assunzione di nuova documentazione medica (esami del sangue ed oncologico) nonché chiesto informazioni sulle cure attuali, i postumi delle precedenti cure e le limitazioni funzionali dell'interessata nell'attività di casalinga (v. doc. 87).

B.h Il 31 gennaio 2007, l'UAIE ha sottoposto i nuovi documenti pervenuti, ossia i rapporti oncologico e di laboratorio, alla dott.ssa D._____, la quale, nel suo rapporto del 23 marzo 2007, ha nuovamente proposto di assumere agli atti un rapporto medico oncologico dattilografato (doc. 93 e 93.1).

B.i Il 2 aprile 2007, l'autorità inferiore ha quindi chiesto all'INPS di B._____ di produrre un esame oncologico, scanner, rapporti degli esami effettuati e copie integrali delle eventuali cartelle cliniche (doc. 95).

In virtù della documentazione ricevuta (doc. 97 a doc. 101), la dott.ssa D._____, nel suo rapporto del 10 agosto 2007, ha esposto la diagnosi di "linfoma non Hodgkin d'alto grado sottoposto a chemioterapia poi intensificazione con autotrapianto nel 1998 sempre in remissione in maggio 1997, stato dopo resezione atipica del lobo inf. destro il 6 agosto 2004 per lesione persistente con diagnosi di lesione micotica postuma (non tumorale), sindrome ansioso-depressiva". Ha osservato che l'ultimo rapporto oncologico menziona faticabilità, insonnia ed un'agitazione che sono da mettere sul conto di un stato ansioso-depressivo reattivo e che l'anemia moderata risultante dagli esami del sangue è da ascrivere ad una talassemia con trombofonia moderata. Ha quindi concluso ad un miglioramento delle capacità di lavoro dell'interessata nell'attività di casalinga con un'incapacità lavorativa del 52% a far tempo dal 1°ottobre 2004 (doc. 103).

C.

Mediante progetto di decisione del 16 agosto 2007, l'autorità inferiore ha comunicato all'interessata che, in base agli accertamenti effettuati, lo svolgimento delle proprie mansioni consuete, quale casalinga, sarebbe nuovamente da considerare esigibile nella misura superiore al 40%. Pertanto, la rendita intera dovrebbe essere sostituita da una mezza rendita (doc. 104).

D.

Il 26 settembre 2007 (doc. 105), l'interessata ha ribadito di non essere in grado di esercitare né un'attività lavorativa né le mansioni consuete di casalinga e di necessitare dell'aiuto di terzi (segnatamente del marito e soprattutto della figlia) per le azioni quotidiane. Ha prodotto un referto di Pet Total Body del 14 settembre 2007 (doc. 106) e due certificati medici del 20 e del 25 settembre 2007 (doc. 107 e doc. 108).

E.

L'UAIE ha nuovamente sottoposto l'incarto alla dott. ssa D._____, la quale, nel suo rapporto del 6 novembre 2007, ha ritenuto che la documentazione prodotta non porta elementi clinici nuovi tali da modificare il precedente apprezzamento e che la sola problematica appurata è quella di uno stato ansio-depressivo persistente, malgrado il trattamento, che costituisce l'essenziale dell'incapacità di lavoro del 52% come casalinga (doc. 110).

F.

Il 16 novembre 2007, nella decisione su revisione, l'autorità inferiore, dopo avere constatato che l'interessata è di nuovo in grado di svolgere le mansioni consuete di casalinga nella misura di più del 40%, ha deciso che a decorrere dal 1° gennaio 2008 la rendita intera pagata fino ad allora è sostituita da una mezza rendita (di un importo mensile di fr. 695.-) (doc. 111 e doc. 112).

G.

Il 5 gennaio 2008, A._____ ha inoltrato ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la succitata decisione dell'UAIE, mediante il quale ha chiesto l'annullamento del provvedimento litigioso e il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità anche successivamente al 1° gennaio 2008 sulla base della documentazione esibita, segnatamente del parere medico legale del dott. E._____ del 3 gennaio 2008 (doc. TAF 1).

H.

H.a Invitata ad esprimersi, l'autorità inferiore ha sottoposto gli atti alla dott.ssa D._____. Quest'ultima nel suo rapporto del 4 aprile 2008, ha confermato, in quanto oncologa ed internista, la precedente presa di posizione secondo cui l'interessata è in remissione ormai da dieci anni dalla sua affezione oncologica, che può dunque essere considerata come guarita. Conseguentemente, esistono a suo giudizio

riscontri innegabili di miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa quale casalinga dell'interessata (doc. 114).

H.b Nella risposta al ricorso del 16 aprile 2008, l'UAIE ha quindi ribadito che la riduzione della rendita, da intera a mezza, a partire dal 1° gennaio 2008 merita conferma (doc. TAF. 5).

I.

Il 22 aprile 2008, il Tribunale amministrativo federale ha concesso alla ricorrente la facoltà di pronunciarsi in merito alle osservazioni dell'autorità inferiore, facoltà di cui l'insorgente non ha fatto uso (doc. TAF 6).

J.

Il 6 giugno 2008, questo Tribunale ha invitato la ricorrente a voler versare un anticipo di fr. 300.-- corrispondente alle presunte spese processuali, il quale è stato tempestivamente versato il 30 giugno 2008 (doc. TAF 8-10).

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 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), 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 della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), 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.

1.3 Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA pronunciate dalle autorità menzionate agli art. 33 e 34

LTAF. In particolare, le decisioni dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità sono impugnabili dinanzi al Tribunale amministrativo federale giusta l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI.

1.4 Il ricorso – presentato tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 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 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.

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 presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2 L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

4.

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).

4.2 Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, 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. 28 cpv. 1^{ter} 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 LPG), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede (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 LPG è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, DTF 110 V 275 e DTF 105 V 207). In base all'art. 16 LPG, 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). In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 e DTF 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPG, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2^{bis} LAI). L'art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI; RS 831.201) precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

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 (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 pag. 329 consid. 1c).

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 importante 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). Irrilevante è invece, 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). Pertanto, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 6 novembre 2001 (data della decisione mediante la quale è stata accordata la rendita intera) ed il 16 novembre 2007 (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).

5.6 Ai fini del presente giudizio occorre inoltre precisare che, per costante giurisprudenza, i fatti accaduti posteriormente (e che hanno modificato la situazione valetudinaria dell'assicurato) devono di regola formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo (DTF 129 V 1 consid. 1.2, DTF 127 V 466 consid. 1 e DTF 121 V 362 consid. 1b). Eccezionalmente, il giudice delle assicurazioni sociali può anche tener conto dei fatti intervenuti posteriormente, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso e nella misura in cui essi siano strettamente legati all'oggetto della causa e siano suscettibili di facilitare l'accertamento delle circostanze rilevanti (DTF 105 V 156 consid. 2d e DTF 103 V 52 consid. 1). In questo contesto occorre tenere conto altresì di tutta la documentazione medica prodotta dall'assicurata nell'ambito della presente procedura nella misura in cui permette di accertare retrospettivamente lo stato di salute dell'assicurata nel periodo di riferimento.

6.

6.1 Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGa), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zurigo 2003, art. 42 n. 16 pag. 424 seg.; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 469 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

6.2 In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, di principio, sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione che procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

7.

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. 3a).

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.).

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).

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, il perito deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Un'eventuale inesigibilità presuppone la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa d'altri criteri qualificati quali l'esistenza di concomitanti affezioni organiche accompagnate da un decorso patologico plurienale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, uno stato psichico consolidato, senza possibilità d'evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico oppure l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 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.).

8.

8.1 Dopo il rimpatrio nel 1992, la ricorrente non ha più lavorato e si è dedicata ai lavori della propria economica domestica (doc. 1, 7, 39 e 40).

8.2 Dalla documentazione medica agli atti emerge che l'assicurata soffre degli esiti di un processo tumorale scoperto nell'agosto del 1998 e consistente in un linfoma non Hodgkin, curato dapprima con chemioterapia poi con autotrapianto di cellule midollari (staminali), esiti di intervento di lobectomia inferiore destra per granuloma micotico polmonare (non tumorale), poliatrosi e sindrome ansioso-depressiva reattiva.

8.3 La dott.ssa D._____, medico dell'UAIE, nei suoi rapporti del 10 agosto e 6 novembre 2007 e del 4 aprile 2008, su cui si fonda la decisione impugnata, ha ritenuto un miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa della ricorrente quale casalinga. In particolare, ha osservato che la sola problematica appurata è quella di uno stato ansioso-depressivo persistente (doc. 103, doc. 110 e doc. 114).

8.3.1 La dott.ssa D._____, ha rettamente rilevato che la ricorrente è in remissione della sua affezione oncologica, ritenuto che a più di 10 anni dalla scoperta della malattia tumorale non vi è stata comparsa di recidive del male, ed è dunque da considerarsi guarita (doc. 110, doc. 114). In effetti, dal rapporto medico oncologico dell'8 maggio 2007 della dott.ssa F._____ emerge che l'interessata è in stato di remissione clinica. In particolare, è stata sottoposta a cicli di chemioterapia ed a trapianto di cellule staminali midollari. Permangono delle sequele da imputare all'affezione oncologica, segnatamente dispnea, stanchezza, insonnia ed agitazione, che sembrano da ricondurre ad uno stato ansioso-depressivo (doc. 101). Ne consegue che questo Tribunale, in virtù di documentazione sufficiente, non ha motivo di scostarsi dal parere della dott. ssa D._____ dal punto di vista oncologico.

8.3.2 Per contro, dal profilo psichiatrico, la dott.ssa D._____ aveva a suo tempo confermato la necessità d'ulteriori accertamenti (v. presa di posizione del 31 marzo 2006), come pure postulato in precedenza dal dott. C._____ il 16 marzo 2006. Come richiesto all'INPS dall'UAIE il 3 aprile 2006 (doc. 72), tale rapporto avrebbe dovuto pronunciarsi in merito all'anamnesi, all'evoluzione della malattia, allo stato attuale, alla diagnosi e alla prognosi, alla durata del trattamento, alla frequenza delle sedute, alla terapia, ai farmaci (dosaggio e denominazione chimica) e all'incapacità lavorativa (in percentuale). Orbene, il rapporto psichiatrico del 12 maggio 2006 del dott. G._____ (doc. 84) – manoscritto, mal leggibile e dal contenuto estremamente generico – non risponde ai requisiti richiesti. Esso contiene certo delle indicazioni sull'anamnesi e su alcuni aspetti dello stato psichico, ma non si pronuncia assolutamente sull'evoluzione della malattia, sulla prognosi, sul trattamento (durata, frequenza, terapia, farmaci) e, tantomeno, sulle conseguenze sulla capacità a svolgere l'attività di casalinga. Pertanto, questo Tribunale osserva che la documentazione medica non può essere considerata sufficiente ai fini di una corretta

determinazione delle conseguenze sulla capacità dell'interessata a svolgere le mansioni di casalinga in relazione alla sindrome ansioso-depressiva reattiva. Peraltro, gli elementi indispensabili ad una valutazione affidabile da questo profilo non possono essere desunti neppure da altri rapporti medici.

8.3.3 Dalla documentazione medica agli atti di data anteriore alla decisione impugnata (v. segnatamente doc. 67, perizia medica particolareggiata del 25 ottobre 2005) emerge altresì che la ricorrente è affetta da poliartrosi in sovrappeso pur se con moderato impegno funzionale. Il dott. C._____, del servizio medico dell'UAIE, aveva peraltro indicato l'esistenza di poliartrosi nella sua presa di posizione del 16 marzo 2006, senza che questa problematica sia poi stata oggetto d'ulteriori accertamenti fattuali o valutazioni esplicite da parte della dott.ssa D._____ nelle sue varie prese di posizione, che hanno poi determinato la pronuncia della decisione litigiosa. In sede di ricorso, l'insorgente ha esibito diversi documenti medici, fra cui una relazione medico-legale del gennaio del 2008 ed un referto di esame del 14 dicembre 2007 (doc. TAF 1), da cui risulta che è affetta da osteoartrosi diffusa del rachide e delle ginocchia con discreto impegno funzionale ed irritazione radicolare nonché segni di spondiloartrosi, affezioni la cui insorgenza – in considerazione delle precedenti valutazioni mediche – non appare potersi fare risalire ad una data posteriore alla pronuncia della decisione impugnata. Ciò nonostante, la dott.ssa D._____ nel suo ultimo rapporto del 4 aprile 2008 non ha ritenuto di dovere includere nella diagnosi un'affezione ortopedica e non si è pronunciata in merito, neppure sul motivo per cui un complemento d'istruttoria al riguardo sarebbe stato, nel caso di specie, inutile. Il fatto che la dott.ssa D._____ nella sua ultima presa di posizione abbia poi sottolineato come, in quanto oncologa ed internista, mantenga le sue precedenti prese di posizione, non consente di scartare i dubbi sulla non concluzionalità complessiva del suo apprezzamento. Ne discende che questo Tribunale ritiene pure un'insufficiente accertamento dei fatti dal profilo ortopedico.

9.

Per quanto emerge dagli atti di causa al loro stato attuale, non è pertanto possibile determinarsi con cognizione di causa sull'esistenza di un miglioramento dello stato di salute della ricorrente suscettibile di giustificare una diminuzione della rendità d'invalidità. In altri termini, l'incapacità lavorativa del 52% ritenuta nella decisione impugnata in

virtù delle prese di posizione della dott.ssa D._____ non può essere confermata, non fondandosi la stessa su un accertamento sufficiente e una valutazione fondata, logica e motivata. Tuttavia, non è neppure consentito pronunciarsi senz'altro per il mantenimento di una rendita intera sulla base del contenuto generico della perizia di cui al formulario E-213 e degli altri rapporti ortopedici e psichiatrici. Infine, va ancora rilevato che, conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso di specie, non è ipotizzabile una valutazione seria delle capacità della ricorrente a svolgere le mansioni consuete di casalinga sulla sola base dell'apposito formulario per gli assicurati occupati nell'economia domestica riempito dall'insorgente medesima il 15 dicembre 2005. Pertanto, la decisione impugnata, che viola il diritto federale, incorre nell'annullamento.

10.

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 nuovo giudizio (art. 61 cpv. 1 PA; v. sulla questione ULRICH HÄFELIN/GEORG MÜLLER/ FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5^a ed., Zurigo/Basilea/Ginevra 2006, n. 1977 pag. 418). 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, in tempi ragionevoli (art. 29 cpv. 1 Cst.), a completare l'accertamento dei fatti determinanti relativamente allo stato di salute della ricorrente – con perizie ortopedica e psichiatrica ed ogni altra che dovesse rendersi necessaria – ed alla capacità lavorativa dell'insorgente medesima, e a pronunciare una nuova decisione rispettosa dei considerandi del presente giudizio.

11.

11.1 Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 300.--, versato il 30 giugno 2008, è restituito alla ricorrente.

11.2 Ritenuto che l'insorgente non è rappresentata in questa sede e che non risulta che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla procedura di ricorso, non si giustifica l'attribuzione 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]).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 16 novembre 2007 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 300.--, versato il 30 giugno 2008, è restituito alla ricorrente.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

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: