



Corte III
C-181/2015

Sentenza del 16 dicembre 2016

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Franziska Schneider, Vito Valenti,
cancelliere Luca Rossi.

Parti

A. _____,
patrocinata da UCM Associazione Utenti Sanità Pubblica,
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, rifiuto di entrare nel merito di
una domanda di revisione (decisione dell'11 dicembre 2014),

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadina italiana, nata il (...), ha lavorato in Svizzera dall'ottobre 2002 quale operaia, impiegata nella misura del 100%, presso l'B._____. Dal 2 aprile 2008 l'assicurata è stata dichiarata inabile al lavoro in misura completa in ragione dello sviluppo di una sindrome di coxartrosi bilaterale sintomatica, per la quale si è reso necessario dapprima l'intervento di artroprotesi all'anca destra eseguito il 22 maggio 2008 (doc. 18 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, in seguito UAIE), in seguito l'intervento di artroscopia all'anca sinistra con sinoviectomia e osteofitectomia eseguito il 21 gennaio 2009 (doc. 25).

A.b In data 8 settembre 2008 l'assicurata ha depositato, all'Ufficio dell'assicurazione invalidità (UAI) del Cantone C._____, una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il 4 marzo 2009 l'UAI C._____ ha emanato il progetto di assegnazione di una rendita intera AI (doc. 30), a cui è seguita il 27 aprile 2009 la decisione di riconoscimento del diritto a una rendita intera AI a decorrere dal 1° aprile 2009 (ovvero dopo la carenza dell'anno di attesa), da parte dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità per gli assicurati all'estero (UAIE), competente per notificare provvedimenti per gli assicurati non residenti in Svizzera (doc. 33-34).

B.

Una prima procedura di revisione è stata promossa dall'UAIE il 1° luglio 2009 (doc. 37). Dalla stessa è emerso che l'assicurata non ha più ripreso l'attività lavorativa. Continuando a persistere un'incapacità lavorativa al 100%, nel corso dell'estate è stato disdetto il rapporto contrattuale da parte del datore di lavoro (doc. 39). Da un punto di vista medico, essendo nel frattempo emersa un'ingravescenza della coxalgia all'anca sinistra con contestuale e progressiva limitazione della funzionalità dell'arto, è stata posta l'indicazione per un intervento di artroprotesi coxo femorale sinistra. La ripresa chirurgica è avvenuta il 29 settembre 2009 presso la Clinica D._____, dove già erano state eseguite le precedenti operazioni. L'amministrazione, preso atto di tali sviluppi – descritti nel rapporto medico del dr. E._____ (doc. 41) e nel rapporto operatorio del dr. F._____ (doc. 42) – e ritenuto che, in casi analoghi a quello in esame, occorre attendere

almeno sei mesi dall'intervento chirurgico per determinarsi sulla stabilizzazione dello stato di salute, ha soprasseduto alla trasmissione del caso al Servizio medico regionale (SMR).

Con comunicazione del 4 dicembre 2009 (doc.44) essa ha pertanto confermato il diritto alla rendita intera AI fino ad allora percepita, non riscontrando miglioramenti della situazione di salute e valetudinaria dell'assicurata rispetto al passato.

C.

Nel maggio 2010, l'autorità inferiore ha avviato un'ulteriore procedura di revisione (doc. 45). In considerazione della giovane età dell'assicurata e delle patologie da cui la stessa risultava affetta, è stata predisposta una perizia reumatologica con lo scopo di valutare l'evoluzione dello stato di salute dal 2008, rispettivamente le limitazioni funzionali e la capacità lavorativa residua (doc. 51).

L'indagine medica è stata eseguita il 24 novembre 2010 presso il SMR. Nel rapporto medico che ne è scaturito (doc. 53), il dr. G._____, specialista in medicina interna, ha posto la diagnosi di limitazione funzionale residua in esiti di artroprotesi coxofemorale sinistra (29.09.2009). L'esame clinico ha infatti mostrato il persistere di un'incertezza nella deambulazione associato ad un dolore residuo di tipo puntiforme all'anca sinistra sia in movimento che in posizione statica seduta per circa un'ora. L'anca destra è risultata per contro asintomatica e le condizioni generali dell'assicurata sono state ritenute buone. Nell'attività abituale (*recte*: di operaia) la ricorrente è stata ritenuta inabile al lavoro in misura completa; in attività lavorative adatte allo stato di salute, dunque rispettose di determinati limiti di postura, poco sedentarie, poco statiche e limitate nella marcia e nel porto di pesi, l'interessata, è stata considerata abile al lavoro in misura del 50% a partire dal mese di novembre 2010.

Sulla scorta dell'esigibilità lavorativa attestata nel rapporto SMR e considerando quali attività adeguate ed esigibili dall'assicurata quelle di tipo semplice e ripetitivo della categoria 4.2 della Tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica, l'amministrazione AI cantonale ha ricalcolato la perdita di guadagno dell'assicurata.

Con progetto di decisione del 30 maggio 2011 la rendita intera fino ad allora percepita dall'assicurata è stata ridotta a un quarto con un grado di invalidità del 46% (doc. 58).

Il 17 giugno 2011 l'assicurata ha trasmesso una certificazione medica del dr. E. _____, la cui specialità non è nota, secondo il quale la gravidanza in corso pregiudica la stabilità nella deambulazione al punto da rendere necessario il ricorso a una stampella, postulando per una riconsiderazione (al rialzo) del grado di invalidità (doc. 62).

Interrogato in merito al nuovo certificato medico, il dr. G. _____ ha confermato nell'annotazione 11 luglio 2011 la valutazione già esposta nel rapporto SMR del 24 novembre 2010 (doc. 64).

Con decisione 16 agosto 2011 l'UAIE ha dunque confermato la riduzione della rendita di invalidità, riconoscendo all'assicurata un quarto di rendita, a partire dal 1° ottobre 2011 (doc. 67).

D.

D.a Con scritto del 7 ottobre 2014, completato il giorno seguente, A. _____ ha presentato, per il tramite del proprio patrocinatore, una domanda di revisione producendo un nuovo referto medico (doc. 74-76). Stando al certificato medico 8 ottobre 2014 del dr. E. _____, la cui specializzazione non è nota, l'assicurata presenta (riassumendo) una depressione reattiva, una evidente zoppia da algie coxofemorali, delle algie pelviche.

D.b L'amministrazione ha dunque sottoposto il caso al SMR, chiedendo se la nuova documentazione versata agli atti permettesse di procedere a una rivalutazione del caso. Il 16 ottobre 2014 è stata comunicata la risposta negativa da parte del SMR, ragion per cui l'UAI C. _____, con progetto di decisione del 21 ottobre 2014 (doc. 79), ha dichiarato di non entrare nel merito della richiesta.

D.c L'interessata, con le osservazioni 19 novembre 2014, ha esibito ulteriore documentazione medica rinnovando la richiesta di riesame del caso e postulando il riconoscimento di un grado di invalidità di almeno il 75%.

D.d La richiesta dell'assicurata si fonda sostanzialmente sui rapporti 17 novembre 2014 del dr. H. _____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni (doc. 80 pagg. 2-6) e sul rapporto 6 novembre 2014 del dr. I. _____, specialista in psichiatria (doc. 80 pagg. 7-9).

Nel proprio rapporto il dr. H. _____ enumera differenti patologie da cui è affetta l'assicurata, comunque considerata in buone condizioni generali. Viene, in particolare, segnalata la presenza di uno stato ansioso con note

depressive, per il quale egli rimanda alla relazione psichiatrica del dr. I._____. Viene inoltre diagnosticata una limitazione funzionale residua a entrambi gli arti inferiori, sebbene più marcata a sinistra, con deambulazione claudicante, in esito ad artroprotesi bilaterale. Viene infine rimarcata la presenza di algie e limitazioni funzionali in relazione alla rettilineizzazione del rachide lombare, nonché dolenza alla palpazione dell'addome. Sulla scorta delle considerazioni suesposte il dr. H._____ ha ritenuto l'assicurata inabile nella misura del 75% "in attività lavorative di operaia e cioè confacenti alle sue attitudini e in mansioni da lei esigibili" (doc. 80 pag. 6).

L'inabilità lavorativa è, per contro, ritenuta totale dal dr. I._____ che, nel rapporto 6 novembre 2014, pone la diagnosi di disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti, cronico (F43.23). Tale patologia, a mente del dr. I._____, è insorta a partire dal 2012, in corrispondenza con la riduzione del diritto alla rendita di invalidità, circostanza questa vissuta dall'assicurata come un sopruso e un mancato riconoscimento della sua sofferenza (doc. 80 pag. 8).

D.e Nell'annotazione SMR del 26 novembre 2014 il dr. J._____ ha indicato che il rapporto del dr. H._____ non apporta elementi nuovi suscettibili di imporre una rivalutazione clinica del caso (doc. 82). Alla stessa conclusione giunge anche il dr. K._____ nell'annotazione SMR del 26 novembre 2014, ritenendo che la valutazione del dr. I._____ non oggettiva alcuna inabilità lavorativa di esclusiva origine psichica (doc. 83).

D.f Mediante decisione del 11 dicembre 2014 (doc. 86), l'UAIE ha confermato di non esaminare la domanda di revisione presentata il 7/8 ottobre 2014.

E.

Con il ricorso depositato il 9 gennaio 2015, A._____, ha impugnato il suddetto provvedimento amministrativo chiedendone l'annullamento e postulando, in via principale, il ripristino della rendita di invalidità con grado d'invalidità del 100%. In via sussidiaria, l'assicurata ha chiesto l'esecuzione di una perizia arbitrale (recte: giudiziaria) volta all'accertamento della fattispecie. Al memoriale di ricorso essa allega la documentazione medica già esibita con la domanda di revisione e le successive osservazioni del 19 novembre 2014 (doc. TAF 1 e allegati).

F.

Con decisione incidentale del 15 gennaio 2015, la parte ricorrente è stata invitata a versare un anticipo di fr. 400.-, corrispondente alle presunte spese processuali, che è stato pagato il 20 gennaio 2015 (doc. TAF 2, 4).

G.

Nella risposta di causa del 13 febbraio 2015, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa, rinviando alla presa di posizione del 10 febbraio 2015 dell'UAI del Cantone C._____ (doc. TAF 6). In tale memoria, l'autorità inferiore osserva che l'assicurata non apporta alcun elemento nuovo che renda plausibile un peggioramento della capacità lavorativa suscettibile di modificare in misura rilevante il grado di invalidità. In concreto, la documentazione medica prodotta attesta uno stato valetudinario già noto all'amministrazione. Da qui la mancata entrata nel merito della domanda di revisione.

H.

Replicando, in data 16 marzo 2015 (doc. TAF 8), l'assicurata si è sostanzialmente riconfermata nelle motivazioni già esposte nel memoriale di ricorso.

I.

Duplicando, in data 9 aprile 2015 l'UAIE ha riproposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 10).

J.

In data 27 novembre 2015, la ricorrente ha presentato della nuova documentazione medica sub doc. I-N a sostegno della propria domanda (doc. TAF 12), segnatamente il rapporto del 26 novembre 2015 del dr. I._____, il rapporto dell'8 ottobre 2015 del dr. L._____, l'esame di endoscopia digestiva condotto il 14 ottobre 2015 dal dr. M._____, l'ecografia all'addome eseguita il 29 ottobre 2015 dal dr. N._____ e il rapporto del 17 settembre 2015 della dr.ssa O._____.

K.

La documentazione e le osservazioni della ricorrente sono state sottoposte all'UAIE che, facendo propria la presa di posizione dell'UAI C._____ del 18 dicembre 2015, ha nuovamente chiesto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 14). L'amministrazione, precisando che la documentazione medica prodotta è posteriore alla data della decisione impugnata (11 dicembre 2014), rammenta che l'eventuale peggioramento dello stato di salute dell'assicurata attestato dai certificati

medici prodotti esula dall'oggetto del contendere dinnanzi a codesto Tribunale e che – se del caso – dovrà essere oggetto di una nuova e indipendente procedura di revisione.

Diritto:

1.

In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

2.

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con 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. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

3.

Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

4.

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), ed altresì l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

5.

5.1 Dal profilo temporale si applicano 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 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

5.2 La domanda di revisione è stata presentata il 7/8 ottobre 2014 (art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI, doc. 90). Al caso in esame si applicano pertanto le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603) e le disposizioni della LPGA vigenti a tale data.

6.

6.1 Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 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. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

6.2 La ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di revisione il 7/8 ottobre 2014 (doc. 74-76). Il periodo di cognizione giudiziaria del Tribunale amministrativo federale si estende fino al 11 dicembre 2014, data della decisione impugnata (si confronti pure DTF 130 V 64 per quanto attiene alle decisioni di non entrata nel merito di una nuova domanda di rendita).

7.

7.1 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

7.2 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).

7.3 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.

7.4 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).

8.

Oggetto del contendere è, in concreto, unicamente la questione se a ragione o meno l'amministrazione, con decisione del 11 dicembre 2014, non è entrata nel merito della domanda di revisione della rendita presentata dall'assicurata in data 7/8 ottobre 2014. In simili condizioni, la richiesta di eseguire una perizia giudiziaria è irricevibile, riguardando il merito della vertenza.

8.1 L'insorgente, fondandosi sulla documentazione medica prodotta in sede di ricorso, ritiene di aver dimostrato un mutamento rilevante delle circostanze oggettive rispetto al momento in cui è stata decisa dall'UAIE la riduzione della rendita di invalidità (decisione del 16 agosto 2011 – doc. 67). Essa contesta pertanto la decisione dell'UAIE di non entrare nel merito della domanda di revisione, contestando, in concreto, la valutazione esposta dal SMR.

8.2 Dal canto suo l'UAIE, alla luce dei rapporti del SMR, non ritiene vi siano i presupposti per indagare ulteriormente il caso dell'assicurata, ritenuto che la documentazione medica prodotta non apporta nessun elemento nuovo, o sconosciuto all'amministrazione e suscettibile di modificare le conclusioni a cui questa è giunta in occasione dell'ultima procedura di revisione.

8.3 In punto alla documentazione posteriore alla data della decisione l'autorità inferiore non ha per contro preso posizione ritenendo che la stessa deve, se del caso, essere esaminata nell'ambito di una procedura di revisione a parte.

9.

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 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 i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

10.

10.1 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).

10.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

10.3 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). 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). 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.

11.

11.1 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.

11.2 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 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 (STF 9C_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_696/2007 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

11.3 Giusta l'art. 87 cpv. 2 OAI, se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado di invalidità o di grande invalidità o il volume dell'assistenza dovuta all'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni.

11.3.1 Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (v. sentenza del Tribunale federale 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3; SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, 9C_418/2010, consid. 3.1; 9C_32/2012 consid. 2). Giova tuttavia aggiungere che il grado di prova richiesto dall'art. 87 cpv. 2 OAI (nel tenore in vigore dal 1 gennaio 2012, RU 2011 5679) è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso della verosimiglianza preponderante, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno indizi plausibili a favore della circostanza invocata, ferma restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame (v. sentenza del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.2 e relativi riferimenti).

11.3.2 La condizione di plausibilità posta dall'art. 87 cpv. 2 OAI deve permettere all'amministrazione, che ha precedentemente rifiutato una prestazione o comunque una sua revisione con provvedimento cresciuto in giudicato, di scartare senza ulteriori esami nuove domande con le quali l'assicurato si limita a ripetere gli stessi argomenti, senza allegare una modifica di fatti determinanti (DTF 125 V 410 consid. 2b). In caso di nuova domanda o istanza di revisione, l'amministrazione deve esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili, in altri termini se l'assicurato ha reso plausibile, e non verosimile nel senso della probabilità preponderante, una modifica significativa del suo stato di salute, suscettibile d'incidere sulla sua capacità lavorativa rispettivamente sul grado d'invalidità, rispetto a quella precedentemente ritenuta. Se ciò non è il caso, l'autorità competente può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con una decisione di non entrata nel merito. A tal proposito, occorre precisare che quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo margine di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (v. sentenze del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti, 9C_860/2007 del 10 dicembre 2008 consid. 5 e I 52/03 del 16 gennaio 2004 consid. 3).

11.4 L'art. 88a cpv. 2 OAI (nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, RU 2011 5679) prevede che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o il

bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità aumenta, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. L'art. 29 bis è applicabile per analogia.

L'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per assistenza avviene al più presto se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata (art. 88^{bis} cpv. 1 lett. a OAI, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, RU 2011 5679).

12.

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

12.2 Nel caso in esame il periodo di riferimento è quello intercorrente tra il 16 agosto 2011, data della decisione dell'UAIE mediante la quale è stato riconosciuto in favore dell'assicurata un quarto di rendita d'invalidità (consid. B.b) e l'11 dicembre 2014, data della decisione impugnata. Nella revisione del 2011, infatti, sono stati assunti agli atti nuovi accertamenti medici fra i quali un rapporto particolareggiato del SMR corredato da un esame della funzionalità fisica.

13.

13.1 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 dall'assicurato, 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).

13.2 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).

13.3 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).

14.

Nel caso concreto, l'autorità inferiore ha considerato che l'insorgente non ha reso plausibile un aggravamento dello stato di salute, suscettibile d'imporre l'entrata nel merito della domanda di revisione del 7/8 ottobre 2014. Per i motivi di cui si dirà di seguito, tale valutazione risulta meritevole di conferma.

15.

Questo Tribunale rileva che il 16 agosto 2011 (consid. B.b), momento in cui è stato riconosciuto il diritto a un quarto di rendita AI, l'autorità amministrativa aveva fondato le sue conclusioni sul rapporto SMR, rassegnato il 24 novembre 2010, che poneva la diagnosi di "limitazione funzionale residua in esiti di artroprotesi coxofemorale sinistra (29.09.2009)". Dall'esame clinico era emerso il persistere di un dolore residuo di tipo puntiforme all'anca sinistra sia in movimento che in posizione statica e nonostante un'anca destra ormai asintomatica, una deambulazione incerta da parte dell'assicurata. Il medico SMR, dr. G. _____, fondandosi sugli accertamenti a sua disposizione e forte della conoscenza dell'intero incarto, era giunto alle seguenti conclusioni (doc. 53 pag. 3):

“Dal 04.2009 risulta medicalmente giustificata un' incapacità lavorativa del 100% nell'abitua attività di venditrice (recte: operaia). Tale incapacità lavorativa risulta giustificata dall'importante limitazione delle posizioni statiche, dalla limitazione della deambulazione, dal dolore cronico, limitazione

nel sollevamento di pesi.[...]. In attività lavorativa adatta allo stato di salute, l'assicurata presenta un'incapacità lavorativa del 50% dal novembre 2010. IL definite come tempo lavorativo.”

16.

16.1 Con la domanda di revisione del 7/8 ottobre 2014, è stato prodotto il certificato medico del dr. E. _____ dell'8 ottobre 2014 (doc. 76 pag. 2) nel quale sono descritti i seguenti disturbi:

- Depressione reattiva (per la quale viene consigliato un consulto psichiatrico)
- Evidente zoppia da algie coxofemorali
- Algie pelviche

16.2 Tale reperto, invero piuttosto sommario, non adempie i requisiti di forma e contenuto esposti nei considerandi che precedono, affinché il parere medico acquisti valore di prova rilevante. Non soltanto le patologie descritte non vengono oggettivate, neppure viene indicato a partire da quale momento il preteso peggioramento dello stato di salute è stato riscontrabile e se lo stesso ha influito – e in che misura – sulla capacità lavorativa dell'assicurata. È pertanto condivisibile la valutazione esposta dal medico SMR, dr. J. _____, secondo il quale “la nuova certificazione medica pervenuta non evidenzia nuovi elementi clinici di rilievo meritevoli per una rivalutazione clinica del caso” (doc. 78), come pure è condivisibile la scelta dell'autorità inferiore, che nel progetto di decisione del 21 ottobre 2014 (doc. 79), ha comunicato di non entrare nel merito della richiesta di revisione.

17.

17.1 Nelle osservazioni del 19 novembre 2014 (doc. 80), l'assicurata ha rinnovato la richiesta di revisione della pratica, ribadendo l'insorgere di un peggioramento delle sue condizioni. A dimostrazione della propria tesi, ha prodotto il parere del 17 novembre 2014 del dr. H. _____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, il quale, attestato che “la Sig.ra A. _____ risulta affetta da esiti di artroprotesi bilaterale per coxartrosi ed osteonecrosi bilaterale, endomitrosi, spondilodiscartosi con ernie discali lombari multiple, sindrome ansiosa depressiva con disturbo dell'adattamento”, ha concluso valutando “l'invalidità” dell'assicurata nella misura del 75% “in attività lavorative di operaia e cioè confacenti alle sue attitudini e in mansioni da lei esigibili”.

Al riguardo è bene ricordare che il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito all'amministrazione graduare l'invalidità.

Ritenuto che il dr. H._____ è un professionista attivo in Italia, dove la prassi nell'ambito delle assicurazioni sociali può divergere da quella svizzera, pare corretto ritenere che il riferimento all'invalidità fatto da quest'ultimo, vada piuttosto inteso quale *inabilità lavorativa* al 75% in attività lavorative di operaia. Per inciso, questa chiave di lettura, è pure stata adottata dal medico del SMR nell' esame del rapporto delle conclusioni esposte dal dr. H._____.

17.2 L'assicurata ha inoltre prodotto il rapporto del 6 novembre 2014 del dr. I._____, specialista in psichiatria, che posta la diagnosi di "Disturbo dell'Adattamento con Ansia e Umore Depresso Misti, Cronico (F43.23 secondo il DSM-V)" ha valutato che unitamente alle patologie somatiche da cui l'assicurata è affetta da anni, tale disturbo "determina una totale inabilità lavorativa e condiziona una significativa riduzione delle abilità relazionali e sociali".

17.3

17.3.1 Con annotazione 26 novembre 2014 il dr. J._____ del SMR ha preso posizione in merito al rapporto del dr. H._____, ritenendo che dallo stesso non si evince nessun peggioramento dello stato di salute, posto che nel rapporto SMR del 24 novembre 2010, l'assicurata era già stata considerata completamente inabile nell'abituale attività lavorativa. Egli ha dunque indicato di non intravedere "nuovi elementi clinici meritevoli di una rivalutazione clinica" (doc. 82).

17.3.2 Chiamato a esaminare gli aspetti di natura psichiatrica, il dr. K._____ ha ritenuto che dal rapporto del dr. I._____ non emerge alcun elemento oggettivo suscettibile di determinare un'inabilità lavorativa di esclusiva origine psichica (doc. 83). Rammentando che in una valutazione medico-psichiatrica occorre fare astrazione dagli aspetti finanziari, il medico SMR ha negato la presenza di sintomi d'interesse psicopatologico – essendo stato identificato dal dr. I._____ quale unico evento stressante

la sospensione della rendita. Nell'annotazione del 28 novembre 2014 è inoltre stato corretto il codice erroneamente indicato dal dr. I. _____ a definizione della diagnosi (ICD 10: F43.22 invece che F43.23).

17.4 Non ritenendo quindi dimostrata una sostanziale modifica dello stato di salute, l'UAIE ha confermato il progetto di decisione e non è entrato nel merito della nuova domanda di rendita (doc. 84).

18.

18.1 In sede ricorsuale, la ricorrente si è limitata in un primo momento a riproporre la documentazione medica già versata agli atti postulando per l'annullamento della decisione di non entrata in materia e il riconoscimento delle mutate circostanze. In seguito, a maggior sostegno della propria tesi, l'assicurata ha prodotto ulteriori rapporti medici attestanti delle patologie di nuova e più recente insorgenza.

18.2 Di particolare rilevanza ai fini del presente giudizio, è, in parte, la relazione psichiatrica del 26 novembre 2015 del dr. I. _____ (doc. TAF 12 [doc. I]), laddove si riferisce a fatti occorsi prima dell'adozione della decisione impugnata. Da questo rapporto emerge infatti che fra il mese di novembre 2014 e la primavera del 2015 l'assicurata ha beneficiato di un sensibile miglioramento della sintomatologia ansiosa e depressiva grazie al trattamento medicamentoso seguito durante sei mesi (si confronti consid. 18.2.2).

L'ingravescenza della sintomatologia come pure la nuova diagnosi di Disturbo depressivo persistente o Distimia (F34.1) riscontrate in occasione della visita del 26 novembre 2015 – dunque posteriormente rispetto alla decisione impugnata – non sono per contro rilevanti ai fini del presente giudizio. Come rettamente indicato dall'amministrazione nelle osservazioni del 18 dicembre 2015 (doc. TAF 14), l'attuale peggioramento attestato dal dr. I. _____ in occasione della sua ultima visita esula dalla presente disputa e dovrà se del caso fare l'oggetto di una nuova procedura di revisione (si confronti in proposito consid. 20)

Alla stessa conclusione occorre giungere per i certificati medici dei dr. L. _____, N. _____ e O. _____, in quanto attestano di problematiche insorte dopo l'emissione della decisione impugnata (doc. TAF 12 [doc. K, L, M, N]).

18.2.1 In primo luogo va rilevato che dal certificato del dr. H. _____ del 17 novembre 2014, malgrado le due nuove diagnosi poste, non si desume una modifica delle condizioni della ricorrente. In particolare, il dr. H. _____ non documenta un peggioramento dello stato di salute per il quale si imponga una revisione del grado di invalidità. Anzi, come pertinentemente osservato dal medico SMR dr. J. _____ in data 26 novembre 2014, il dr. H. _____ attesta un'inabilità lavorativa nella professione abituale addirittura inferiore a quella posta dal dr. G. _____ nel rapporto SMR del 24 novembre 2010, sulla quale si è sostanzialmente fondata l'autorità inferiore nel provvedimento del 16 agosto 2011 (doc. 67). Oltre a ciò, il rapporto del dr. H. _____ risulta incompleto, nella misura in cui non si esprime riguardo all'abilità lavorativa in attività esigibile e rispettosa dei limiti funzionali riscontrati.

18.2.2 Né del resto i rapporti psichiatrici del dr. I. _____ permettono di dare maggiore supporto alla tesi dell'assicurata. In un primo momento, nel rapporto 6 novembre 2014, il dr. I. _____ ha infatti posto una diagnosi psichiatrica fondandosi su circostanze di ordine sociale, quali gli aspetti finanziari derivanti dalla riduzione della rendita di invalidità. Egli ha inoltre attestato un'inabilità lavorativa totale, senza tuttavia indicare in quale attività.

In un secondo momento, nel rapporto 26 novembre 2015, lo stesso dr. I. _____ ha affermato che la sintomatologia sofferta dall'assicurata aveva comunque subito un miglioramento nel corso dei mesi che hanno preceduto la decisione qui impugnata fino alla primavera del 2015 (doc. 84). In definitiva, ritenuto che l'evento stressante indicato dal dr. I. _____, per sua natura non presenta sintomi di interesse psicopatologico suscettibili di essere ritenuti ai fini assicurativi, risultano condivisibili le conclusioni a cui giunge il dr. K. _____ nell'annotazione SMR del 28 novembre 2014 (doc. 83), laddove ritiene che non sia in concreto oggettivata un'inabilità lavorativa "di esclusiva origine psichica" al momento della decisione impugnata.

19.

Accertato quindi che con la domanda di revisione del 7/8 ottobre 2014 (doc. 74-76) non è stato reso plausibile che, rispetto al 2011, è subentrata una modifica significativa dello stato di salute dell'assicurata, suscettibile di incidere sulla sua capacità lavorativa e quindi sul grado di invalidità, è dunque a giusto titolo che l'UAIE non è entrato nel merito della richiesta dell'assicurata.

La decisione del 11 dicembre 2014 dell'UAIE va pertanto confermata e il ricorso respinto.

20.

Ciò posto, seppur non suscettibili di influire sull'apprezzamento da parte di questo Tribunale della decisione del 11 dicembre 2014, in quanto attestanti dei fatti verificatisi dopo tale data e non strettamente connessi all'oggetto litigioso, i certificati medici prodotti in sede ricorsuale sub doc. TAF 12 [doc. I, K, L, M, N]), appaiono di primo acchito rilevanti per la valutazione dello stato di salute attuale dell'assicurata, segnatamente rendono plausibile un peggioramento dello stato di salute.

L'incarto viene pertanto trasmesso per competenza all'UAIE affinché proceda agli accertamenti del caso e si pronunci sul grado di invalidità della ricorrente a far tempo da settembre/ottobre 2015 (consid. 18.2, con particolare riferimento al rapporto medico del dottor I. _____ del 26 novembre 2015, doc. I allegato al doc. TAF 12).

A tal proposito, si rammenta che, laddove il reddito da valido si trova ad essere inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente e la persona assicurata, per motivi non imputabili all'invalidità (quali scarsa formazione scolastica, formazione professionale carente, conoscenze linguistiche lacunose, limitate possibilità di assunzione a causa dello statuto di residenza rispettivamente problematiche legate al mercato del lavoro), ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media e non vi è motivo di ritenere che fosse intenzionata ad accontentarsi di un reddito modesto, occorre parallelizzare i due redditi da porre a confronto (sentenze del TF 9C_112/2012 del 19 novembre 2012 consid. 4.4 e 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 6.2 e 6.4; DTF 135 V 58 consid. 3.1 e DTF 134 V 322 consid. 4.1, 5.2 e 6.2).

Ritenuto che il raffronto dei redditi operato dall'amministrazione nel 2011 (doc. 57) non ha tenuto conto del fatto che il reddito da valida percepito dall'assicurata era inferiore a quello ipotetico che essa avrebbe potuto conseguire, in attività adeguata, da invalida, applicando i valori nazionali, segnatamente non ha esaminato se nel caso concreto i redditi andassero parallelizzati, l'autorità inferiore è invitata, nel nuovo calcolo, a esaminare se in concreto sono dati i presupposti per procedere in tal senso.

21.

21.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 400.—, sono poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b 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]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 20 gennaio 2015.

21.2 Alla ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Nella misura in cui è ricevibile, il ricorso è respinto.

2.

L'incarto è trasmesso per competenza all'Ufficio dell'assicurazione invalidità per gli assicurati all'estero (UAIE), conformemente al consid. 20.

3.

Le spese processuali di fr. 400.-, già anticipate dalla ricorrente, sono poste a suo carico e vengono compensate con l'acconto già versato.

4.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

5.

Comunicazione a:

- Rappresentante della ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif.; raccomandata; allegato: copia del doc. TAF 16)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata)

La presidente del collegio: Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

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 (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF). 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 ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: