



Corte III
C-2115/2013

Sentenza del 13 agosto 2014

Composizione

Giudici: Vito Valenti (presidente del collegio),
Markus Metz e Daniel Stufetti,
cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
rappresentata dall'avv. Antonio Ruggiero,
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 4 marzo 2013).

Fatti:**A.**

Il 19 agosto 2010 (doc. 63), l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha deciso di erogare in favore di A._____. una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° dicembre 2009.

B.

Il diritto alla rendita intera è stato confermato con comunicazione dell'11 ottobre 2011 (doc.81).

C.

C.a Il 26 marzo 2012 (doc. 84-1 [v. anche doc. 114-1) è stata avviata una seconda procedura di revisione, nel corso della quale è stata acquisita agli atti una relazione medica del dott. B._____, datata 20 febbraio 2012, eseguita su incarico dell'assicuratore infortuni (doc. 83 [visita del 27 gennaio 2012]). Nella citata relazione, l'assicurata è stata considerata "attualmente inabile al lavoro al 100%. In base al risultato e in base alla stabilizzazione non ottimale della situazione il caso giunge a definizione nei seguenti parametri. La paziente viene dichiarata abile al lavoro al 50% a partire dal 1.4.2012 e nella massima possibile a partire dall'1.8.2012". Il menzionato specialista ha altresì precisato:"Il pregresso lavoro della paziente di impiegata d'ufficio rimane un'opzione professionale valida tuttora benché occorre ripristinare gradualmente il reinserimento lavorativo della paziente. Per questo è stato fissato un iniziale grado di capacità pari al 50%".

C.b È poi stato acquisito agli atti il rapporto del medico curante del 3 aprile 2012, redatto su formulario ufficiale (doc. 85), che ha ritenuto la paziente inabile al lavoro al 50% dal 01.04.2012 (al 01.08.2012).

C.c Il 25 maggio 2012, l'assicuratore infortuni (Axa-Winterthur), ha reso una decisione mediante la quale ha comunicato la cessazione delle prestazioni di cura e del diritto alle indennità giornaliere a partire dal 1° agosto 2012. All'assicurata è stata peraltro riconosciuta un'indennità unica per menomazione (doc. 86).

C.d Da un questionario per il datore di lavoro del 25 luglio 2012 (doc. 91), si evince che l'interessata ha lavorato come impiegata d'ufficio dal 23 aprile 2008 e che il rapporto di lavoro è stato sciolto dal datore di lavoro con effetto al 30 aprile 2012.

C.e Secondo il rapporto del medico curante del 10 settembre 2012, la paziente continua ad essere inabile al lavoro al 100% dal 14.08.2008 (doc. 93).

C.f Con scritto del 21 settembre 2012, è stato chiesto al dott. B. _____ di meglio specificare la capacità di lavoro dell'interessata nella precedente attività e in attività rispettosa dei limiti funzionali ritenuti. Il 28 settembre successivo, il citato specialista ha ribadito che il grado di capacità lavorativa nella precedente attività svolta ed in attività rispettosa dei limiti funzionali indicati era del 50% dal 1.4.2012 e del 100% dal 1.8.2012 (doc. 94, 95).

D.

D.a Con progetto di decisione del 16 ottobre 2012, è stata prospettata all'assicurata la soppressione del diritto alla rendita, per la fine del mese che segue quello della notifica della decisione, ritenuta una capacità lavorativa del 100% a decorrere da agosto del 2012. All'assicurata è stata conferita facoltà di presentare, entro 30 giorni dalla notificazione del progetto medesimo, le osservazioni al riguardo (doc. 98).

D.b Il 22 novembre 2012, l'assicurata ha presentato le sue osservazione al progetto di decisione. Ha sostanzialmente fatto valere che, contrariamente a quanto indicato nel progetto di decisione, dalla documentazione medica esaminata, nonché dall'allegata relazione del dott. C. _____ del 16 novembre 2012, risulta in maniera incontrovertibile che "ad oggi la sig.ra A. _____ è da ritenere inabile a qualunque proficuo lavoro" (doc. 103 a 107).

D.c Con annotazione del 22 gennaio 2013 del SMR, è stato ribadito che il caso è esclusivamente infortunistico e non sussiste motivo per scostarsi dalla valutazione del dott. B. _____, specialista incaricato dall'assicuratore infortuni (doc. 111).

E.

Mediante decisione del 4 marzo 2013, l'UAIE ha soppresso il diritto alla rendita intera AI dell'assicurata con effetto dalla fine del mese che segue quello di notificazione della decisione (doc. 114).

F.

L'11 aprile 2013, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al TAF mediante

il quale chiede, in sostanza, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e la "conferma della rendita d'invalidità". A sostegno delle proprie conclusioni ha prodotto una relazione dell'8 aprile 2013 del dott. C._____, medico chirurgo nonché specialista in medicina legale e delle assicurazioni. Lo stesso ha considerato il danno alla capacità lucrativa dell'insorgente non inferiore al 50% in occupazioni confacenti alle sue attitudini, ovvero in lavori "medio-leggeri" (doc. 115-9/10).

G.

Nella risposta al ricorso del 27 maggio 2013, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del gravame in virtù delle considerazioni di cui alla presa di posizione dell'Ufficio AI cantonale del 21 maggio 2013 e alla nota SMR del 24 aprile 2013 (doc. TAF 3).

H.

La ricorrente, con replica spedita l'11 luglio 2013 (doc. TAF 6), fa valere, in sostanza, che la valutazione del dott. B._____, su cui si basa la decisione impugnata, non è priva di contraddizioni, laddove indica la capacità lavorativa della ricorrente nel 50% a decorrere dal 1.4.2012 e del 100% a partire dal 1.8.2012 pur a fronte di uno stato di salute rimasto del tutto invariato dall'epoca della sua perizia del 20 febbraio 2012. Ha altresì esibito un referto completivo del dott. C._____, del 5 luglio 2013.

I.

Nella duplice del 26 agosto 2013, l'UAIE ha proposto nuovamente la reiezione del gravame sulla base delle considerazioni di cui alla presa di posizione dell'Ufficio AI cantonale del 20 agosto 2013 e alla nota SMR del 6 agosto 2013 (doc. TAF 8).

J.

Con decisione incidentale del 30 agosto 2013, il Tribunale amministrativo federale ha invitato la ricorrente a versare un anticipo di fr. 400.- a copertura delle presumibili spese processuali. Detto anticipo è stato versato il 2 ottobre 2013.

K.

Su richiesta di questo Tribunale, l'assicuratore infortuni (Axa-Winterthur) ha esibito, in data 17 gennaio 2014, copia del proprio incarto (doc. TAF 13).

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

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 (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

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 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 (RU 2004 121, 2008 4219, 2009 4831) e n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 2009 4845). 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 e che sostituiscono i Regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72, sono altresì applicabili al caso concreto (cfr. DTF 138 V 533 consid. 2.1 e sentenza del TF 8C_870/2013 del 16 aprile 2014 consid. 4.1). Conformemente all'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 come i cittadini di tale Stato.

2.4 Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero. 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). Tuttavia, vanno presi in considerazione documenti, referti medici e informazioni d'ordine amministrativo raccolte dall'istituzione di qualsiasi altro Stato come se fossero stati redatti nel proprio Stato membro (art. 49 cpv. 2 del regolamento [CE] n. 987/2009).

3.

3.1 Secondo l'art. 2 LPGGA, 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 136 V 24 consid.

4.3 e 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 2011, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 6a 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).

3.3 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. 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 DTF 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).

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. 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 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 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

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 LPGGA, 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. 1 OAI, la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono

provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

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 il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

5.4 Giusta l'art. 88^{bis} cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI.

5.5 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (DTF 130 V 343 consid. 3.5; cfr. pure sentenza del TF 9C_408/2013 del 14 novembre 2013 consid. 3.1). 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 TF 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).

5.6 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 TF 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 19 agosto 2010, data della decisione dell'UAIE mediante la quale è stata accordata all'insorgente la rendita intera d'invalidità, e il 4 marzo 2013, data della decisione impugnata, fermo restando che nel caso concreto nulla muterebbe all'esito della presente lite quand'anche per denegata ipotesi si volesse prendere come periodo di riferimento quello intercorrente tra l'11 ottobre 2011 (data della comunicazione secondo la quale non sarebbe intervenuta alcuna modifica rilevante del grado d'invalidità rispetto al 2010) e il 4 marzo 2013 (appunto 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. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa nonché relativi riferimenti).

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 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da

un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

7.

Nel caso concreto va esaminato se al momento dell'emanazione della decisione impugnata (il 4 marzo 2013) poteva essere ammessa la sopravvenienza rispetto al 2010 di una notevole modifica dello stato di salute della ricorrente (o della componente lucrativa), o invece, tale presupposto non era adempito rispettivamente l'istruttoria di causa era insufficiente per poter decidere con cognizione di causa.

7.1 Questo Tribunale rileva che l'autorità inferiore ha fondato la decisione impugnata praticamente in modo esclusivo sulle risultanze emerse nella procedura dell'assicuratore infortuni ed in modo più specifico sulla relazione conclusiva del dott. B._____ del 20 febbraio 2012. Tuttavia, e per i motivi di cui si dirà di seguito, detta relazione conclusiva non è sufficiente per poter fondare un giudizio definitivo, sulla base della verosimiglianza preponderante, della fattispecie in esame. In tale ottica non soccorre l'autorità inferiore il fatto che l'insorgente non abbia impugnato la decisione resa dall'assicuratore infortuni, considerato che secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicuratore infortuni non vincola gli organi dell'assicurazione-invalidità (DTF 133 V 549), di modo che il fatto che la ricorrente non abbia impugnato i provvedimenti resi dall'Axa-Winterthur manifestamente non liberava l'amministrazione nell'ambito della procedura AI in esame da un accertamento d'ufficio (esatto e completo) dei fatti giuridicamente rilevanti (art. 43 LPGA).

7.2 Al momento in cui venne riconosciuto alla ricorrente il diritto alla rendita intera AI (con decisione del 19 agosto 2010), l'indagine medica aveva stabilito che l'insorgente, a seguito dell'incidente della circolazione del 14 agosto 2008, presentava: a) ferita lacerocontusa sopracciglio sinistro curata e guarita; b) frattura radio distale destra e dello stiloide ulnare trattata conservativamente (gessatura) ed in seguito chirurgicamente con buon risultato funzionale; c) frattura del corpo vertebrale di T11 con muro, trattata inizialmente mediante cifoplastica con risultato insoddisfacente; esiti di revisione chirurgica con osteotomia ed artrodesi da T8 ad L1 con approccio posteriore il 1° aprile 2010; radiologicamente buona posizione dei mezzi di sintesi, ma rimane ancora scarsa la guarigione ossea (specialmente nella parte ove vi è presenza del cemento) con permanenza di toracalgie; assenza di sintomatologie neurologiche (cfr., in particolare, il rapporto del dott. B._____ del 24 ottobre 2008 [contengono elementi decisivi per la

valutazione della situazione esistente fino al 19 agosto 2010 anche i rapporti del medesimo medico del 13 dicembre 2010 e del 18 luglio 2010 {recte: 18 luglio 2011}}, la perizia medica particolareggiata E 213 del 27 ottobre 2009 e il rapporto del servizio sanitario regionale Emilia-Romagna del 9 aprile 2010).

7.3 Nell'ambito della procedura di revisione in esame, il dott. B. _____, nella sua relazione conclusiva del 20 febbraio 2012, dopo aver ricordato le due diagnosi prive, da tempo, di incidenza invalidante (ferita al sopracciglio sinistro e frattura radiodistale destra), ha rilevato la frattura del corpo vertebrale T11 con muro posteriore intatto, trattata inizialmente ed erroneamente mediante cifoplastica il 19 agosto 2008, con indicazione e risultato inaccettabili; esiti di resezione chirurgica con ostetomia ed artrodesi da T8 ad L1 con approccio posteriore (URS in titanio) in data 1° aprile 2010; radiologicamente vi è una buona posizione dei mezzi di sintesi mentre rimane ancora scarsa la guarigione ossea specie nella parte ove vi è presenza di cemento; agli ulteriori controlli di novembre e dicembre 2011 alla TAC la situazione è praticamente totalmente invariata per quanto riguarda il processo di consolidamento del corpo T11; permangono dolori in sede toracale alta, irradianti verso i cingoli omero scapolari: questo disturbo è di recente comparsa; non vi è sintomatologia algica in sede toracale bassa o lombosacrale, così come non si riscontrano componenti neurologiche.

7.4 La menzionata relazione finale del dott. B. _____ del 20 febbraio 2012 non appare chiara sui motivi del preteso, ma non dimostrato, miglioramento della situazione valetudinaria della ricorrente. Egli ha indicato nella relazione di cui trattasi che *"la paziente è attualmente inabile al lavoro al 100%"*. Ciò significa che al 27 gennaio 2012, data della visita di controllo all'origine della relazione finale, egli stesso non ha riscontrato alcun miglioramento rilevante/significativo dello stato di salute della ricorrente rispetto alle sue precedenti valutazioni. Certo, il citato specialista ha poi pure espresso la seguente valutazione "pro futuro" (o prognostica) in merito alla residua capacità lavorativa della ricorrente: *"La paziente viene dichiarata abile al lavoro al 50% a partire dal 1° aprile 2012 e nella misura massima possibile dal 1° agosto 2012"*. Ora, questa valutazione prognostica non fa che ipotizzare un miglioramento non dimostrato né dai fatti né dalle considerazioni contenute nel testo del rapporto. Peraltro, non vi sono atti dell'incarto che suffraghino, in qualche modo, la tesi prognostica indicata, segnatamente la sua evoluzione nel tempo. In altre parole, la valutazione prognostica di cui trattasi è del tutto incerta. Prima di emanare la propria decisione, peraltro oltre un anno dopo la relazione finale del dott. B. _____

del 20 febbraio 2012, l'UAIE avrebbe pertanto dovuto sicuramente aggiornare/completare l'istruttoria del caso dal profilo ortopedico. Questo completamento dell'istruttoria d'ufficio s'imponeva a maggior ragione ove si consideri che la relazione in questione appare anche contraddittoria. Alcuni elementi concorrono infatti a far ritenere che la situazione valetudinaria non ha subito alcun mutamento di rilievo rispetto a visite precedenti dello stesso dott. B. _____ e/o di altri specialisti. Egli rileva nel rapporto 20 febbraio 2012 come per esempio: *"in occasione dell'ultima valutazione peritale avevo postulato che, laddove a distanza di 4 mesi dall'inizio della terapia con onde elettromagnetiche, una ulteriore indagine TAC non avesse dimostrato alcuna evoluzione della ossificazione del corpo di T11 (...) si sarebbe reso inevitabile un intervento cruento di revisione e plastica, con trapianto autologo di cortico spongiosa ed asportazione (se possibile) di parte del cemento immesso in precedenza; una volta poi ottenuto il consolidamento della frattura T11 mediante trapianto osseo si poteva discutere la rimozione delle staffe di metallo per ridare alla paziente una qualità di vita migliore"*. Inoltre, non solo la situazione a livello di T11 non sembra migliorata, ma il dott. B. _____ riscontra egli stesso, nella sua ultima visita del 27 gennaio 2012, un disturbo "nuovo" consistente in dolori in sede toracale alta, irradiante verso i cingoli omero-scapolari. In altre parole, le conclusioni/constatazioni mediche di cui alla relazione finale del 20 febbraio 2012 appaiono al più sovrapponibili a quelle indicate dallo stesso medico nelle sue precedenti valutazioni. Una situazione pressoché immutata appare pure confermata dal confronto dei vari esami strumentali (pag. 5 della relazione finale). Non è dunque dato sapere su quali elementi lo specialista incaricato dall'assicuratore infortuni abbia fondato la sopravvenienza di un miglioramento rilevante/significativo che potesse giustificare la doppia valutazione prognostica positiva (capacità lavorativa residua del 50% dal 1.4.2012 e del 100% dal 1.8.2012). A nulla giova il succinto complemento di spiegazioni dato dal dott. B. _____ il 28 settembre 2012 (doc. 95). Egli non spiega sulla base di quale riscontro oggettivo l'insorgente sarebbe stata di nuovo in grado (a partire dal 1° aprile 2012) di riprendere la propria attività al 50% e poi (a decorrere dal 1° agosto 2012) al 100%. Peraltro, sia il medico curante della ricorrente (dott. D. _____) sia il dott. C. _____ valutano la residua capacità lavorativa della ricorrente in modo diverso dal dott. B. _____, ed il loro apprezzamento, quand'anche non sufficientemente preciso per poter fondare un giudizio definitivo sul caso, costituisce un'ulteriore serio elemento in favore di un carente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti. Vi è pertanto motivo di scostarsi dalla relazione/perizia finale del dott. B. _____ del 20 febbraio 2012 su cui è fondata la deci-

sione impugnata (cfr. sentenze del TF U 505/06 del 17 dicembre 2007 consid. 4.2 e I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3 nonché relativi riferimenti).

7.5 Da quanto esposto, discende che il provvedimento querelato incorre nell'annullamento perché fondato su un accertamento manifestamente insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti.

8.

8.1 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 TAF C-3548/2012 del 10 luglio 2013 consid. 11.1). 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 TF 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.

8.2 Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione. La cassazione si giustifica per il fatto che dovranno essere eseguiti/completati i necessari accertamenti medici, segnatamente mediante una perizia ortopedica dettagliata (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), nonché effettuato ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute della ricorrente dovesse ancora rendere necessario. Per il resto, e a seconda del risultato di tale esame, l'UAIE dovrà pure effettuare un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute e, infine, determinarsi sul momento a partire dal quale la rendita intera potrà eventualmente essere ridotta.

8.3 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 l'autorità inferiore ha soppresso integralmente la rendita AI fino ad allora accordata alla ricorrente.

9.

9.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.--, versato il 2 ottobre 2013, sarà restituito alla ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato.

9.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) complessivamente in fr. 2'000.--, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente (cfr. pure sentenza del TAF C-2471/2012 del 21 maggio 2014 consid. 13.2). 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 4 marzo 2013 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. 400.-, corrisposto il 2 ottobre 2013, sarà restituito alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

3.

L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 2'000.- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Vito Valenti

Dario Croci Torti

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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: