



Corte III
C-2297/2014

Sentenza del 22 luglio 2016

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Franziska Schneider, Christoph Rohrer,
cancelliere Graziano Mordasini.

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, revisione della rendita (decisione del 19 marzo 2014).

Fatti:**A.**

Il 3 settembre 2008 l'B._____ (in seguito: B._____) ha deciso di erogare in favore di A._____ (in seguito: A._____) – cittadina..., nata il..., coniugata, con una figlia (doc. B 65) – una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° dicembre 2007 (doc. B 94). È stato stabilito, in virtù della documentazione medica acquisita agli atti, nonché della perizia specialistica esperita il 17 gennaio 2008 dal dott. C._____, medico del D._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, che l'interessata era affetta da un episodio depressivo grave senza sintomi psicotici. L'assicurata è stata considerata invalida all'80% per qualsiasi attività dal dicembre 2006 (doc. B 80).

B.

Il 1° ottobre 2009, a seguito del rimpatrio dell'interessata, l'B._____ ha trasmesso l'incarto all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE; doc. B 103).

C.

C.a Il 2 giugno 2010 l'UAIE ha avviato una procedura di revisione della rendita. In particolare, l'amministrazione ha chiesto all'E._____ di F._____ di sottoporre A._____ ad una nuova visita medica e di far pervenire un rapporto medico sullo stato di salute attuale (rapporto dattiloscritto), un rapporto psichiatrico (rapporto dattiloscritto) e delle informazioni sullo stato psichico (doc. A 5).

C.b Dalle carte processuali risultano essere stati prodotti i rapporti medici del 23 ottobre 2010 (doc. A 19), del 25 gennaio 2011 (doc. A 18), del 29 settembre 2010 (doc. A 20) e del 2 aprile 2011 (doc. A 21, formulario E 213).

C.c Con perizia del 19 agosto 2011 il dott. C._____ ha ritenuto che la patologia depressiva dell'assicurata era progressivamente migliorata rispetto a quanto riscontrato nel rapporto specialistico da lui esperito in data 17 gennaio 2008 (doc. B 80), stabilizzandosi in una sindrome depressiva ricorrente episodio attuale di gravità media, con sindrome biologica e componente algica. Egli ha inoltre sottolineato come una presa a carico regolare di tipo psichiatrico avrebbe potuto permetterle di recuperare una completa capacità lavorativa. L'interessata è stata pertanto considerata

inabile al 50% per l'attività di ausiliaria di pulizia esercitata precedentemente e per qualsiasi attività sostitutiva e in misura del 40% come casalinga (doc. A 28).

C.d Con parere psichiatrico del 21 maggio 2012 (doc. A 49) la dott.ssa G._____, medico dell'UAIE, specialista in psichiatria, ha aderito alle suesposte conclusioni.

C.e Facendo proprie le argomentazioni dei suddetti rapporti, con decisione del 7 giugno 2012 (doc. A 54) l'UAIE ha comunicato all'interessata che, a decorrere dal 1° agosto 2012, la rendita intera pagata finora sarebbe stata sostituita da una mezza rendita.

D.

D.a Il 21 dicembre 2012 A._____ ha formulato una domanda di revisione del diritto alla rendita (doc. A 65, 68). Essa ha prodotto documentazione già agli atti, nonché diversi rapporti medici inerenti il proprio stato di salute psichico (doc. A 60, 62, 66, 74 e 78).

D.b Nel rapporto del 6 gennaio 2014 la dott.ssa G._____ ha ritenuto che la documentazione medica prodotta dall'interessata non permetteva di evidenziare un peggioramento significativo della patologia psichiatrica (doc. A 80).

D.c Con decisione del 19 marzo 2014 (doc. A 82), che ha fatto seguito ad un progetto di decisione del 17 gennaio precedente (doc. A 81), l'autorità inferiore è entrata nel merito della richiesta dell'assicurata, rilevando come la documentazione medica da essa prodotta non mettesse in evidenza un significativo peggioramento della sintomatologia depressiva e confermando nel contempo il suo diritto ad una mezza rendita.

E.

E.a Il 23 aprile 2014, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale avverso la suddetta decisione dell'UAIE. Ha segnalato, in virtù della documentazione medica prodotta in copia, che vi era stato un peggioramento del suo stato di salute, tale da comportare un'incapacità lavorativa dell'80% (doc. TAF 1).

E.b

Mediante scritto del 5 giugno 2014 (doc. TAF 5) la ricorrente ha inoltre formulato una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispen-

sa dal versamento delle spese processuali e del relativo anticipo. Invitata dal Tribunale adito a compilare il formulario relativo alla domanda di gratuito patrocinio, corredato dei relativi mezzi di prova (doc. TAF 6), l'interessata non ha reagito.

F.

Con risposta del 23 aprile 2014 l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame (doc. TAF 9). Ha affermato che - visto il contenuto della perizia psichiatrica del 19 agosto 2011 del dott. C._____ (doc. A 28) e tenuto conto del rapporto del proprio servizio medico del 13 agosto 2014 (doc. A 84) – la documentazione medica prodotta dalla ricorrente non apportava nuovi elementi suscettibili di oggettivare un peggioramento del suo stato di salute e quindi di modificarne la valutazione clinico-lavorativa. L'autorità inferiore ha quindi confermato il diritto dell'interessata ad una mezza rendita di invalidità.

G.

Con replica del 21 novembre 2014 l'assicurata ha prodotto due rapporti psichiatrici attestanti la sua totale inabilità al lavoro (allegati al doc. TAF 12).

H.

Tramite duplice del 20 gennaio 2015 l'UAIE si è riconfermato nelle sue argomentazioni di fatto e di diritto (doc. TAF 14).

I.

Con scritti del 16 febbraio 2015 (doc. TAF 17) e 7 agosto 2015 (doc. TAF 19) la ricorrente ha prodotto due rapporti psichiatrici aggiornati.

J.

Con decisione del 21 dicembre 2015 l'autorità inferiore ha erogato, in favore dell'assicurata, una rendita intera di invalidità a decorrere dal 1° dicembre 2015 (allegato al doc. TAF 21) ai sensi dell'art. 43 cpv. 1 LAI, in quanto beneficiaria di rendita d'invalidità e per superstiti in seguito al decesso del marito (doc. TAF 27 e allegati).

K.

Con scritto del 4 gennaio 2016 (allegato al doc. TAF 21) H._____, figlia della ricorrente, ha informato che, a seguito del decesso del padre intervenuto il 20 novembre 2015, lo stato di salute psichico della madre era peggiorato notevolmente, manifestando intenti suicidari.

L.

Con lettere del 3 febbraio 2016 (allegato al doc. TAF 23) e 9 maggio 2016 (allegato al doc. TAF 24) la ricorrente ha prodotto due rapporti medici aggiornati.

Diritto:**1.**

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), 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 LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall' 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 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 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, com-

prese 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).

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

2.4 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

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 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di revisione essendo stata presentata il 21 dicembre 2012 (doc. A 68), al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

4.

Oggetto del contendere è la revisione della mezza rendita erogata alla ricorrente, segnatamente il riconoscimento di una rendita intera di invalidità (doc. A 82).

L'insorgente si avvale, in considerazione della patologia psichiatrica, di un grado di invalidità superiore al 70%.

L'amministrazione ritiene per contro che l'assicurata, in base a recenti indagini mediche in psichiatria, presenta un grado complessivo d'incapacità al lavoro del 50% e pertanto lo stato di salute, così come le conseguenze dello stesso, non sono peggiorate.

5.

5.1 In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

5.2 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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, 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 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE. Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto a un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

5.3 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. 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). L'incapacità al guadagno è de-

finita all'art. 7 LPGA e consiste nella 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. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è oggettivamente superabile.

6.

6.1 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.

6.2 Giusta l'art. 87 cpv. 2 OAI (RS 831.201), se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado di invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni.

6.3

6.3.1 Va altresì rammentato che il grado di prova richiesto dall'art. 87 cpv. 2 OAI 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 TF 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.2 e relativi riferimenti).

6.3.2 La condizione di verosimiglianza posta dall'art. 87 cpv. 3 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). Adita con una

nuova domanda, l'amministrazione deve così cominciare con l'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, 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 TF 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).

6.4 L'art. 88a cpv. 2 OAI prevede che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o se 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. L'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'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).

6.5 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 (sentenza del TF 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 (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto deter-

minante 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 TF 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).

7.

7.1 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 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).

7.2 Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 7 giugno 2012, data della decisione dell'UAIE mediante la quale la rendita intera di invalidità concessa alla ricorrente in data 3 settembre 2008 (doc. B 94) è stata sostituita da una mezza rendita (doc. A 54) ed il 19 marzo 2014, data della decisione impugnata (doc. A 82).

A questo titolo, giova rilevare come in sede di risposta al ricorso (doc. TAF 9) l'UAIE ha erroneamente messo a confronto la situazione alla base della decisione del 13 ottobre 2008 (recte: 3 settembre 2008) con quella esistente al 19 marzo 2014. Già solo per questo motivo la decisione va annullata in quanto viola il diritto federale.

8.

8.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1, 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'e-

ventuale 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).

8.2 In assenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

8.3 In particolare, secondo l'art. 43 LPGA (in combinazione con l'art. 57 LAI), l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Conformemente all'art. 59 cpv. 1 LAI, gli Uffici AI si organizzano in modo da garantire che i compiti elencati nell'art. 57 siano eseguiti con professionalità ed efficienza nel rispetto delle prescrizioni e delle istruzioni della Confederazione e, giusta il capoverso 2, approntano i servizi medici regionali interdisciplinari. Secondo l'art. 59 cpv. 2bis LAI, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI, risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita.

8.4 Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del con-

testo medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

8.5 Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.3).

8.6 Alla luce dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI, i medici SMR, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno per funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incanto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire

pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

9.

Nel caso di specie, occorre esaminare se, al momento dell'emanazione della decisione impugnata (il 19 marzo 2014) è intervenuta, rispetto al giugno 2012, una notevole modifica dello stato di salute della ricorrente (o delle conseguenze dello stesso sulla capacità lucrativa) o se invece, come sostenuto dall'autorità inferiore, tale presupposto non era adempiuto, rispettivamente se l'istruttoria di causa è stata insufficiente.

9.1 Questo Tribunale rileva che il 7 giugno 2012, momento in cui è stato deciso che la rendita intera di invalidità andava sostituita da una mezza rendita a decorrere dal 1° agosto 2012 (doc. A 54), è stato stabilito, segnatamente sulla base della perizia psichiatrica del 19 agosto 2011 del dott. C._____ (doc. A 28) e del parere psichiatrico del 21 maggio 2012 della dott.ssa G._____ (doc. A 49), che l'insorgente era affetta da una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di gravità media, con sindrome biologica e componente algica (F 33.1), comportante un'incapacità al lavoro e di guadagno del 50% (anche doc. A 80).

9.2

9.2.1 Nell'ambito della procedura di revisione promossa in data 21 dicembre 2012 l'insorgente ha prodotto diversa documentazione medica, segnatamente il rapporto del dott. I._____ del 18 febbraio 2012, specialista in psichiatria, da cui emerge un quadro depressivo di prolungata evoluzione (doc. A 60) e il rapporto della dott.ssa L._____ del 16 ottobre 2012, la cui specializzazione non è nota (doc. A 62), da cui emerge un quadro di irritabilità, ansia, necessità di isolamento, abulia, insonnia, aggressività nei confronti di marito e figlia, umore depresso, interpretazione deliranti di carattere persecutorio, allucinazioni uditive. L'interessata ha altresì prodotto i rapporti medici del 4 febbraio 2013 (doc. A 66), del 5 agosto 2013 (doc. A 74) e 14 novembre 2013 (doc. A 78) della dott.ssa M._____, assistente in psichiatria, dai quali emerge che essa soffre segnatamente di sintomatologia depressiva ricorrente.

9.2.2 La documentazione medica è stata sottoposta alla dott.ssa G._____ (doc. A 80), e al dott. N._____, specialista in medicina ge-

nerale (doc. A 76). Entrambi hanno ritenuto non esserci un peggioramento dello stato di salute. In particolare nel rapporto del 6 gennaio 2014 (doc. A 80) la dott.ssa G._____ ha attestato che, in virtù della documentazione medica esibita, non era ravvisabile alcun indizio concreto di una modifica significativa della patologia psichiatrica dell'insorgente. A proposito in particolare del rapporto della dott.ssa L._____ del 16 ottobre 2012 (doc. A 62), la dott.ssa G._____ ha precisato che « la composante délirante et les hallucinations auditives relevées dans le rapport du Dr. L._____, n'ont pas été confirmées par les rapports du Dr. M._____. Les descriptions de la pathologie présentée par l'assurée durant 2013 se rapprochent de celle observée par le Dr. C._____ dans son expertise de 2011 » (doc. A 80 pag. 2).

9.3

9.3.1 Pendente causa di ricorso l'assicurata ha presentato ulteriore documentazione, in particolare i rapporti medici del 22 aprile 2014 (allegato al doc. TAF 1), 15 gennaio 2013, 21 novembre 2014 (allegati al doc. TAF 12) e 25 gennaio 2015 (allegato al doc. TAF 17), piuttosto dettagliati del dott. O._____, specialista in psichiatria, secondo cui l'incapacità lavorativa è dell'80%, in quanto lo stato di salute è cronico e rispecchia quanto accertato dal dott. P._____.

La ricorrente ha altresì trasmesso il certificato della dott.ssa M._____ del 17 luglio 2015 (allegato al doc. TAF 19), quello del dott. Q._____ del 22 dicembre 2015, da cui emerge che l'assicurata soffre di un quadro depressivo grave per cui necessita l'aiuto della figlia (allegato al doc. TAF 21), così come due certificati della dott.ssa R._____, specialista in psichiatria del 25 gennaio 2016 (allegato al doc. TAF 23) e del 23 aprile 2016 (allegato al doc. TAF 24) dai quali emerge che essa soffre di patologie psichiatriche e disturbi da dolori somatoformi tali da comportare un'incapacità lavorativa dell'80% anche in seguito alla perdita del marito (allegati ai doc. TAF 1, 12 e 17).

9.3.2 I nuovi atti sono stati sottoposti dall'UAIE al dott. N._____, il quale con rapporto del 13 agosto 2014 (doc. A 84, menzionato nel doc. TAF 9) ha dichiarato che la documentazione non indica una modifica significativa dello stato di salute dall'8 agosto 2011, data della perizia psichiatrica esperita dal dott. C._____, in cui era stata posta la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente attuale episodio di gravità media, con sindrome biologica e componente algica (doc. A 28).

9.3.3 Gli atti più recenti sono stati nuovamente sottoposti al dott. N._____, il quale nel suo rapporto del 7 gennaio 2015 (allegato al doc. TAF 14), ha ribadito che dalla documentazione medica esibita non era ravvisabile alcun indizio concreto di una modifica significativa dello stato di salute dell'insorgente. A proposito in particolare del rapporto del dott. O._____ del 21 novembre 2014 (allegato al doc. TAF 12), il dott. M._____ ha precisato che « il ne donne aucun élément permettant d'objectiver l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise psychiatrique de 2011 ». L'UAIE ha pertanto confermato le proprie conclusioni espresse in sede di risposta (doc. TAF 14).

9.3.4 Dal 1° dicembre 2015 l'assicurata percepisce una rendita intera di invalidità.

10.

10.1 Nella fattispecie in esame l'UAIE, è da un lato entrato nel merito della domanda di revisione formulata dall'insorgente in data 21 dicembre 2012, ritenendo pertanto plausibile, ai sensi dell'art. 87 cpv. 2 LAI (si confronti in particolare sentenza del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.2), tenuto conto della documentazione trasmessa dall'assicurata, elencata al consid. 10.1 ed esaminata dal proprio servizio medico (consid. 10.2), una modifica rilevante dello stato di fatto. Dall'altro, tuttavia, alla luce della medesima documentazione, cioè senza procedere ad alcun esame specialistico approfondito supplementare - dalla documentazione agli atti non emerge infatti che l'amministrazione abbia fatto esperire esami medici approfonditi in S._____ o in Svizzera, riferendosi sostanzialmente alla perizia psichiatrica dell'8 agosto 2011 del dott. C._____ esperita nella precedente procedura di revisione - ha concluso, che tale modifica non era in realtà subentrata (doc. A 28).

Tale procedere non è tutelabile. Esso non tiene conto della "doppia" procedura esistente in materia di revisione e meglio dapprima l'esame preliminare della plausibilità dell'asserito peggioramento dello stato di salute, con conseguente entrata nel merito della domanda e successivo approfondimento dello stato di fatto in caso di accoglimento rispettivamente con conseguente rifiuto di esaminare la vertenza nel merito in caso contrario.

In simili condizioni, accertata la plausibilità del peggioramento della situazione psichiatrica, l'UAIE avrebbe pertanto dovuto verificare, tramite i necessari accertamenti medici, se la modifica si era realmente verificata con

il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali. Al riguardo va rilevato che particolarmente decisivo nell'ambito dell'esperimento di una perizia psichiatrica è l'esame clinico del paziente con rilevamento dell'anamnesi, la verifica dei sintomi e l'osservazione del comportamento (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 1094/06 del 14 novembre 2007 in re 3.1.1, I 391/06 del 9 agosto 2006 consid. 3.2.2). Una perizia fondata esclusivamente sugli atti ha infatti valore probatorio soltanto se si tratta sostanzialmente di valutare una fattispecie medica prestabilita e non sono necessari nuovi esami (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 1094/06 succitata consid. 3.1.1 in fine). Ciò non è evidentemente il caso nell'ipotesi di una revisione, in cui rilevante è proprio stabilire se i fatti medici determinanti si sono modificati. Una perizia fondata soltanto sugli atti non era quindi ammissibile nel caso concreto.

Ne consegue che il rapporto della dott.ssa G._____ non può essere posto alla base del presente giudizio. Inoltre dev'essere ancora evidenziato che questo medico ha fondato il proprio rifiuto di ammettere un peggioramento anche su un documento da lei stessa considerato "parzialmente illeggibile". Già per questi motivi il rapporto della specialista non può essere considerato attendibile (doc. A 80). Se è vero inoltre che solo la dott. L._____ ha indicato l'esistenza di deliri di carattere persecutorio e allucinazioni uditive (doc. A 62), è pur vero che si tratta di un fatto nuovo che andava verificato. Inoltre dagli atti medici trasmessi al TAF e relativi ad un periodo immediatamente successivo alla pronuncia della decisione impugnata emerge ripetutamente, in base ai rapporti medici piuttosto dettagliati del dott. O._____, un'incapacità lavorativa dell'80%.

Pure i rapporti del dott. N._____ non possono essere considerati, non disponendo egli della specializzazione in psichiatria (sentenza del TF 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.3.1).

Infine dagli atti emerge che l'UAIE avrebbe concesso una rendita intera all'assicurata dal 1° dicembre 2015, ciò che conferma un'evoluzione negativa dello stato di salute della ricorrente.

10.2 Alla luce di quanto appena esposto allo stato attuale dell'istruttoria risulta pertanto impossibile, per il Tribunale, determinarsi sul merito della vertenza, ossia sull'effettivo stato di salute e sulle conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa e pertanto sul grado d'invalidità dell'interessata a partire dal dicembre 2012.

La decisione impugnata, che viola il diritto federale, fondandosi su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti, dev'essere annullata.

11.

11.1 Se il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, 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-6221/2011 dell'8 febbraio 2013 consid. 8.1). In particolare, si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti ai fini dell'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 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

11.2 Gli atti di causa vanno pertanto rinviati all'UAIE affinché proceda al necessario completamento dell'istruttoria.

Occorre in particolare che l'autorità di prime cure approfondisca dal profilo medico se il peggioramento dello stato di salute reso plausibile dall'assicurata si è verificato o meno. L'istruttoria complementare presuppone l'esecuzione di un esame dettagliato sullo stato di salute generale dell'interessata (rapporto medico E 213) e di una perizia psichiatrica, nonché di ogni altro esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario. Il rinvio è ammissibile anche alla luce della giurisprudenza di cui al DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4, avendo l'amministrazione omissa completamente di verificare se da un punto di vista psichiatrico era subentrato un peggioramento dello stato di salute e/o della capacità lavorativa.

Se del caso l'UAIE procederà inoltre ad un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate e si pronuncerà nuovamente sul grado di invalidità di A._____.

12.

Occorre altresì 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 134 V 314 consid. 3.2.4). In altri termini, la mezza rendita attribuita con decisione dell'UAIE del 7 giugno 2012, conseguente alla problematica psichiatrica, non è contestata dalle parti ed è ampiamente confortata dalla documentazione specialistica agli

atti, perlomeno fino alla data della decisione impugnata del 19 marzo 2014 (limite di cognizione temporale nel caso di specie). In tale contesto, va risolta solo la questione se il peggioramento dell'affezione psichica reso plausibile dalla ricorrente nella presente procedura di revisione possa comportare, o meno, un aumento del grado di invalidità dal dicembre 2012 al 1° dicembre 2015, data in cui le è stata assegnata una rendita intera.

13.

13.1 A titolo abbondanziale va infine rilevato che prima di ridurre o sopprimere la rendita di invalidità l'amministrazione deve esaminare se la capacità lavorativa, di cui l'assicurato dispone da un punto di vista medico teorico corrisponde, praticamente, ad un miglioramento della capacità di guadagno e quindi si traduce in una riduzione del grado di invalidità o se invece è necessario porre in atto preventivamente delle misure d'osservazione professionale (al fine di stabilire l'attitudine al lavoro, la resistenza allo sforzo, ecc.) rispettivamente di reintegrazione professionale ai sensi di legge. Secondo la giurisprudenza infatti in determinate situazioni si deve ammettere la necessità di porre in atto provvedimenti professionali, malgrado l'esistenza di una capacità lavorativa medico teorica. Si tratta in particolare dei casi in cui la riduzione o la soppressione del diritto alla rendita tramite revisione (art. 17 LPGA) o riesame (art. 53 cpv. 2 LPGA) riguarda assicurati che hanno compiuto 55 anni o hanno beneficiato di una rendita per almeno quindici anni. Ciò non significa che, nell'ambito di una procedura di revisione o di riesame, questa categoria di assicurati possa prevalersi di un diritto acquisito. Si ammette soltanto che un reinserimento professionale, senza sostegno, non può, salvo eccezioni, essere preteso a causa dell'età o della durata del versamento della rendita (sentenze del TF 9C_920/2013 consid. 4.4 del 20 maggio 2014, SVR 2011 IV no 73 pag. 220 consid. 3.3 e 3.5, sentenze del TF 9C_367/2011 consid. 3.2 e 3.3 del 10 agosto 2011).

13.2 In concreto l'assicurata, nata il 17 gennaio 1955, già al momento della pronuncia della decisione di revisione d'ufficio del 7 giugno 2012, nel frattempo passata in giudicato, con cui l'UAIE ha sostituito la rendita intera con una mezza rendita, aveva 57 anni e mezzo, mentre nell'istante dell'esecuzione della perizia specialistica, nell'agosto 2011, 56 anni e mezzo. Alla luce della giurisprudenza suesposta quindi, prima di procedere a ridurre la rendita, andava accertato, da parte dell'UAIE, se una reintegrazione professionale era ammissibile in concreto. Al riguardo dagli atti emerge che l'amministrazione non ha predisposto accertamenti tendenti

ad individuare le attività esigibili né ha sostenuto l'insorgente nel reinserimento professionale tramite un allenamento al lavoro rispettivamente con un aiuto al collocamento. In simili condizioni la riduzione della rendita non è avvenuta correttamente.

Poiché tuttavia la decisione è cresciuta in giudicato, solo l'amministrazione può ritornare sul proprio provvedimento (art. 53 cpv. 2 LPGGA).

14.

14.1 Visto l'esito della causa non si prelevano spese processuali (art. 63 PA). L'istanza tendente all'ammissione dell'assistenza giudiziaria è pertanto priva di oggetto.

14.2 L'insorgente non è rappresentata in questa sede e non risulta che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla procedura in corso. Di conseguenza non si giustifica l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e 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]).

(dispositivo pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 19 marzo 2014 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.

3.

L'istanza tendente all'ammissione all'assistenza giudiziaria è priva di oggetto.

4.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

5.

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Graziano Mordasini

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 degli 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: