



Corte III
C-4096/2011

Sentenza del 2 maggio 2012

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Francesco Parrino, Beat Weber,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avv. Anna Maria Voci, Via Alessi n. 3,
IT-88069 Squillace (CZ),
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 invalidità, decisione del 9 giugno 2011.

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana nata il ..., nubile, ha da ultimo lavorato in Svizzera come magazziniera dal 2002 al 2008, ed ha versato i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità dal 1999 al 2008 (AVS/AI). Il 15 settembre 2006 l'assicurata ha formulato alla "Sozialversicherungsanstalt" (SVA) del Cantone di ... una domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 2 e 3), la cui istruzione ha rivelato, essenzialmente, la diagnosi di sclerosi multipla recidivante remittente ("Multiple Sklerose schubförmiger Verlauf"), con i primi sintomi apparsi nel 2004, nonché una capacità lavorativa del 50% per l'attività di magazziniera (riduzione del tempo di lavoro accompagnata da una leggera diminuzione del rendimento; doc. 22 e 23), intesa dal servizio medico della SVA piuttosto come un tentativo di ripresa del lavoro (doc. 24). Il 22 maggio 2007 la SVA ha formulato un decreto provvisorio prevedente il diritto ad una mezza rendita d'invalidità dal 1° novembre 2006, accordando nel contempo all'assicurata un termine di trenta giorni per esprimere sue eventuali osservazioni in proposito (doc. 32 e 34). L'interessata non essendosi manifestata, la SVA ha emanato la corrispondente decisione il 26 luglio 2007 (doc. 50), la quale è cresciuta in giudicato senza essere stata impugnata.

B.

L'assicurata ha disdetto il contratto di lavoro in qualità di magazziniera il 7 gennaio 2008, avanzando motivi di salute (doc. 52). Mediante scritto del proprio medico curante, del 6 marzo 2008 (doc. 54), facente stato di un'incapacità lavorativa completa dovuta ad una perdita progressiva delle funzioni cognitive con problemi di concentrazione, di adeguamento alle esigenze sul posto di lavoro e di continua stanchezza, complesso qualificato dall'Ospedale psichiatrico di Sargans, in un rapporto del 6 febbraio 2008 (doc. 60), di sindrome cerebrale frontale con incipiente disturbo di personalità organico ("Frontalhirnsyndrom mit einhergehender organischer Persönlichkeitsstörung"), l'assicurata ha chiesto alla SVA di pronunciarsi sull'eventuale necessità di procedere ad una revisione della rendita.

Il servizio medico della SVA ha preso posizione sulla domanda di revisione il 24 giugno 2008 (doc. 62), per il tramite del dott. B._____, il quale ha constatato, riferendosi all'intera documentazione medica all'incarto, che la capacità di rendimento neuropsicologica ("Neuropsychologisches

Leistungsvermögen"), e quindi lo stato di salute dell'assicurata, era peggiorato durante gli ultimi venti mesi, con in particolare disturbi delle funzioni esecutive del cervello ("Exekutive Hirnfunktionen"), indicanti una sindrome cerebrale frontale con disturbo di personalità organico, verosimilmente dovuta alla sclerosi multipla recidivante remittente, l'incapacità lavorativa essendo completa per qualsiasi attività a decorrere dal 29 ottobre 2007, ossia dall'inizio dell'effettiva incapacità lavorativa presso l'ultimo datore di lavoro.

Il 3 luglio 2008 la SVA ha messo a punto un decreto provvisorio riconoscendo il diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° marzo 2008, per un grado d'invalidità del 100%, accordando contemporaneamente all'assicurata un termine di trenta giorni per formulare sue eventuali osservazioni in merito (doc. 66 e 67). L'interessata non essendosi pronunciata, la SVA ha emesso la corrispondente decisione il 3 ottobre 2008 (doc. 76), la quale è cresciuta in giudicato senza essere stata aversata.

In seguito, con scritto del 17 ottobre 2008 (doc. 78), l'assicurata ha comunicato alla SVA di essere rientrata definitivamente in Italia ed ha trasmesso le sue nuove coordinate bancarie. La SVA ha quindi inoltrato per competenza gli atti, il 14 novembre 2008 (doc. 79 e 80), all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE).

C.

Il 28 settembre 2010 l'UAIE ha dato inizio ad una revisione d'ufficio della rendita, incaricando il proprio servizio medico di indicare i documenti necessari da raccogliere (doc. 85). Il dott. C._____, neurologo, ha quindi richiesto, il 26 ottobre 2010 (doc. 86), una risonanza magnetica da parte di un neurologo con una descrizione dettagliata dello stato di salute neurologico ed una breve descrizione dello stato di salute neuropsicologico dell'assicurata, specificando che, considerata l'evoluzione fino ad oggi, non ci si doveva aspettare di riscontrare un miglioramento dello stato di salute.

L'UAIE si è quindi procurato i documenti seguenti:

- il questionario per la revisione della rendita, del 1° dicembre 2010 (doc. 91), da cui risulta che l'assicurata non esercita alcuna attività lucrativa, al quale è stato allegato un certificato medico del 29 novembre 2010 (doc. 90), di difficile lettura, attestante la diagnosi di sclerosi multipla con la necessità di sottoporsi a periodici controlli medici,

- copie di rapporti medici già all'incarto, tradotti in italiano (doc. 94 a 100),
- un breve certificato medico della dott.ssa D._____, del 21 settembre 2009 (doc. 101), facente stato della diagnosi di sclerosi multipla,
- un secondo certificato medico della dott.ssa D._____, neurologa, del 14 gennaio 2011 (doc. 102), diagnosticante una sclerosi multipla trattata mediante terapia immunomodulante con Interferone beta 1a, alla dose di 44 mg tre volte alla settimana, per via sottocutanea, e nel quale è specificato che l'ultimo esame neurologico, effettuato il 15 dicembre 2010, ha evidenziato una manovra di Mingazzini con pronazione dell'arto superiore destro nonché riflessi osteo-tendinei (ROT) vivaci e ipopallestesia moderata ai quattro arti, la valutazione della disabilità secondo l'apposita scala internazionale (Expanded Disability Status Scale) dimostrando un punteggio uguale a 2,
- una ricetta medica italiana del 19 gennaio 2011 (doc. 103), di difficile lettura,
- una perizia particolareggiata E 213 della dott.ssa E._____, medico dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), del 25 gennaio 2011 (doc. 104), diagnosticante, nel quadro di condizioni di salute migliorate, con umore depresso, una sclerosi multipla con colonna vertebrale in asse, spasticità muscolare, ipostesia e ipoestesia degli arti superiori e inferiori, movimenti (forza e tono muscolare) rigidi, andatura normale, nonché riflessi osteo-tendinei vivaci e ipopallestesia moderata ai quattro arti. Nella perizia è inoltre specificato che l'assicurata è in grado di svolgere regolarmente attività pesanti, senza controindicazioni, come pure il suo ultimo lavoro od altre occupazioni confacenti, l'invalidità per l'ultima attività esercitata essendo cionondimeno dichiarata totale.

D.

L'UAIE ha sottoposto la documentazione ottenuta alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona del dott. C._____, il quale, mediante rapporto finale del 10 marzo 2011 (doc. 106), ha considerato che il secondo certificato della dott.ssa D._____ e la perizia E 213 della dott.ssa E._____ attestano, contrariamente a quanto ci si potesse attendere, un miglioramento incontestabile dello stato di salute dell'assicurata, ipotizzando che lo stesso sia intervenuto immediatamente dopo una recidiva ("poussée"), ossia in una fase di non stabilizzazione dello stato di salute. Il medico dell'UAIE ha così concluso ad una piena capacità lavorati-

va nell'attività di magazziniera a decorrere dal 25 gennaio 2011, data della perizia E 213.

Il 22 marzo 2011 l'UAIE ha quindi approntato un progetto di decisione (doc. 107), con il quale ha prospettato all'assicurata la soppressione della sua rendita d'invalidità, invitandola nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni.

Rappresentata dall'avv. Voci, l'assicurata ha espresso il proprio disaccordo con il progetto il 19 aprile 2011 (doc. 112), sottolineando sostanzialmente di essere affetta da una grave malattia invalidante, le cui recidive possono essere scatenate anche da una banale influenza o da un particolare periodo di stress.

Il dott. C._____ si è nuovamente pronunciato sul caso il 31 maggio 2011 (doc. 114), rilevando che, nonostante il carattere non abituale, ma non eccezionale, del miglioramento intervenuto, non vi sono motivi per mettere in dubbio l'onestà e la competenza dei medici italiani che hanno concluso ad un tale miglioramento.

L'UAIE ha così emanato una decisione, il 9 giugno 2011 (doc. 116), di soppressione della rendita intera d'invalidità, erogata all'assicurata dal 1° marzo 2008, e ciò a decorrere dal 1° agosto 2011.

E.

Contro questa decisione, rappresentata dall'avv. Voci, l'assicurata ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 15 luglio 2011, chiedendo in sostanza che, vista la grave malattia di cui soffre, le sia riconosciuto il diritto alla rendita intera d'invalidità anche oltre il 31 luglio 2011, ed ha esibito un nuovo certificato della dott.ssa D._____, dell'11 aprile 2011, dello stesso contenuto di quello del 14 gennaio 2011.

L'UAIE ha risposto al ricorso il 21 settembre 2011, riferendosi all'ultima presa di posizione del dott. C._____, e ne ha chiesto il rigetto con la conseguente conferma della decisione impugnata.

La ricorrente ha replicato il 2 novembre 2011, ribadendo in dettaglio la propria posizione, ed ha prodotto un referto di risonanza magnetica dell'encefalo e del midollo cervicale, del 5 ottobre 2011, in cui sono segnalate numerose lesioni focali della sostanza bianca in sede temporo-parietale, bilateralmente, la maggiore di 1 cm posteriormente al corno posteriore del ventricolo laterale destro, come pure un ulteriore certificato

della dott.ssa D._____, del 22 ottobre 2011, in cui è specificato, tra l'altro, che la scala della fatica mostra un punteggio pari a 6.34.

Il dott. C._____ si è pronunciato su questi nuovi documenti medici il 6 dicembre 2011 (doc. 120), affermando fundamentalmente che essi non apportano nuovi elementi suscettibili di influire sulla sua valutazione del caso.

L'UAIE ha quindi brevemente duplicato il 15 dicembre 2011, riaffermando le proprie conclusioni.

F.

Con decisione incidentale del 28 dicembre 2011, questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.-. Il relativo pagamento è stato effettuato il 20 gennaio 2012.

La ricorrente ha inoltrato un ulteriore scritto il 2 febbraio 2012, nel quale ha esposto che il suo stato di salute, contrariamente a quanto sostenuto dall'UAIE, non solo non è migliorato, ma è peggiorato, ed ha riformulato le proprie pretese.

Diritto:

1.

1.1. In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), 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 portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2. Secondo l'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). 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-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3. 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).

1.4. 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), e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

2.

2.1. Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra i cittadini di uno Stato membro della Comunità europea, ivi

risiedenti, ed i cittadini svizzeri (art. 2 e 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

Questi testi sono applicabili al caso concreto nella loro versione in vigore per la Svizzera fino al 31 marzo 2012.

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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). 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 257 consid. 2.4).

2.3. L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino italiano che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

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

3.

3.1. Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2. L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5^a revisione

della LAI e della LPGA, in vigore dal 1° gennaio 2008, si applicano quindi in concreto, mentre non sono applicabili le norme della 6^a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603).

4.

4.1. Ai sensi dell'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 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.

4.2. Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007, l'assicurato aveva diritto ad una rendita intera se era invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se era invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se era invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se era invalido per almeno il 40%. 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. 1^{ter} 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 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede. A decorrere dal 1° gennaio 2008, il nuovo art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

4.3. 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 cpv. 1 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.

5.

La ricorrente contesta la fondatezza della decisione del 9 giugno 2011, con la quale l'UAIE le ha soppresso la rendita intera d'invalidità a decorrere dal 1° agosto 2011.

6.

6.1. Secondo l'art. 17 cpv. 1 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.

6.2. Conformemente all'art. 87 cpv. 2 dell'Ordinanza federale sull'assicurazione invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità.

6.3. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI).

L'aumento della rendita avviene al più presto, se l'assicurato ha chiesto la revisione, a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata, mentre se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (art. 88bis cpv. 1 lett. a e b). La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, il più presto, il primo giorno

del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a).

6.4. La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). Una revisione può segnatamente giustificarsi se un altro metodo di valutazione dell'invalidità si impone (DTF 119 V 475 consid. 1b/aa con riferimenti).

Va ancora rilevato che la semplice valutazione diversa di circostanze di fatto che sono rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non deve giustificare un riesame senza condizioni del diritto alla rendita (cfr. anche: RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, pag. 15).

7.

7.1. Al fine di giudicare se sussistono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve considerare il periodo tra la decisione iniziale e quella che pronuncia la revisione. Decisioni intercalari sono pertinenti unicamente se sono state emesse sulla base di una nuova valutazione materiale del grado d'invalidità, ossia dopo delucidazione dei fatti, apprezzamento delle prove e esecuzione del raffronto dei redditi (DTF 133 V 108).

7.2. In concreto, la decisione iniziale è stata pronunciata il 26 luglio 2007 (doc. 50). In seguito, dopo una domanda di revisione terminatasi con la constatazione che lo stato di salute si era modificato in modo rilevante, è stata emessa da parte della SVA, il 3 ottobre 2008 (doc. 76), una decisione riconoscente il diritto ad una rendita intera d'invalidità. L'UAIE ha quindi proceduto ad una revisione d'ufficio, conclusasi con la decisione di soppressione della rendita qui impugnata, emanata il 9 giugno 2011 (doc. 116). Ne consegue che, seguendo la giurisprudenza, il periodo di riferimento per giudicare se verosimilmente è intervenuta una modifica rile-

vante del grado d'invalidità, tale da giustificare la soppressione della rendita, come disposto dall'UAIE, è quello tra il 3 ottobre 2008 e il 9 giugno 2011.

8.

Il giudice delle assicurazioni sociali analizza la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1). Egli 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

9.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI dal 1° gennaio 2008), 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, 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. 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.

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). In concreto, visto che la ricorrente non ha più esercitato alcuna attività lucrativa dall'inizio del 2008, occorre esaminare la documentazione medica agli atti.

10.

10.1. Dalla detta documentazione e, in particolare, dai certificati medici della dott.ssa D._____, neurologa, del 21 settembre 2009 e 14 gennaio 2011 (doc. 101 e 102), dalla perizia particolareggiata E 213 della dott.ssa E._____, medico dell'INPS, del 14 gennaio 2011 (doc. 104), nonché dal rapporto finale del dott. C._____, medico dell'UAIE, del 10 marzo 2011 (doc. 106), risulta univocamente che la ricorrente soffre di una sclerosi multipla recidivante remittente.

10.2. Per quanto attiene all'influenza sulla capacità lavorativa di questa patologia, la dott.ssa D._____ non si è pronunciata in proposito nei suoi certificati, né in quelli del 21 settembre 2009 e 14 gennaio 2011, né in quelli esibiti nel quadro della presente procedura, dell'11 aprile e del 21 ottobre 2011.

Nella sua perizia E 213 la dott.ssa E._____ ha invece indicato, da un lato, una piena capacità lavorativa in qualsiasi tipo d'attività, anche pesanti, e, dall'altro lato, un'invalidità totale per l'attività di magazziniera da ultimo esercitata. Come rilevato dalla ricorrente nella sua replica del 2 novembre 2011, il collegio giudicante deve constatare già da ora l'evidente contraddizione, non abbisognante di particolari commenti, contenuta nella valutazione della capacità lavorativa formulata dalla dott.ssa E._____.

Dal canto suo, il dott. C._____ ha espresso l'opinione, nel suo rapporto finale del 10 marzo 2011, che il secondo certificato della dott.ssa D._____ e la perizia E 213 della dott.ssa E._____ attestano, contrariamente a quanto ci si potesse attendere, un miglioramento incontestabile dello stato di salute dell'assicurata, ipotizzando che lo stesso sia intervenuto immediatamente dopo una recidiva ("poussée"), ossia in una fase di non stabilizzazione dello stato di salute. Nell'ambito di questa procedura il medico dell'UAIE si è pronunciato sul caso ancora a due riprese, il 31 maggio e il 6 dicembre 2011 (doc. 114 e 120), ribadendo il suo punto di vista, e ciò in costante riferimento alle conclusioni formulate nella perizia E 213.

10.3. Visto quanto precede, il collegio giudicante considera che, dalla documentazione medica agli atti, non può essere evidenziato un miglioramento dello stato di salute della ricorrente, contrariamente a quanto affermato dal dott. C._____. A questo proposito, nella perizia E 213, la quale costituisce il fondamento della valutazione del medico dell'UAIE, sono indicate una capacità lavorativa completa per tutti i tipi d'occupazioni, anche pesanti, ed un'invalidità totale per l'attività di magazziniera da ultimo svolta. Già questa contraddizione non permette alcuna conclusione oggettiva riguardo allo stato di salute della ricorrente. Oltre a ciò, per ammissione dello stesso dott. C._____, tenuto conto delle caratteristiche generali della sclerosi multipla recidivante remittente, non ci si attendeva alcun miglioramento dello stesso. Di conseguenza, al collegio giudicante, vista questa previsione e le contraddizioni espresse nella perizia E 213, non appaiono per nulla convincenti le conclusioni relative ad un miglioramento dello stato di salute della ricorrente, tenuto conto anche del fatto che non è stata abordata la questione dei disturbi cognitivi, i quali risultano essere alla base del riconoscimento del diritto ad una rendita intera nell'ambito della prima revisione (doc. 62). Ne discende la necessità di procedere ad un complemento istruttorio per delucidare se lo stato di salute della ricorrente sia migliorato, peggiorato o rimasto invariato nel quadro del periodo d'esame vincolante, ossia dal 3 ottobre 2008 al 9 giugno 2011, con le eventuali conseguenze sulla capacità lavorativa.

11.

Per i motivi sopraesposti, il ricorso deve essere parzialmente accolto, la decisione avversata annullata e la causa rinviata all'UAIE in virtù dell'art. 61 cpv. 1 PA .

Secondo quest'ultima disposizione, l'autorità di ricorso decide la causa o eccezionalmente la rinvia, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore. Benché questa norma permetta solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata in concreto, se si considerano le contraddizioni di cui fa stato l'incarto (DTF 137 V 210, consid. 4.4.1.4).

L'UAIE dovrà quindi provvedere ad una nuova valutazione della capacità lavorativa, procedendo a completare l'istruttoria dal punto di vista medico mediante una nuova perizia pluridisciplinare (neurologica, reumatologica ed anche psichiatrica), che evidenzierà pure i disturbi cognitivi della ricorrente, da eseguirsi preferibilmente presso il Servizio d'accertamento medico (SAM) di Bellinzona, e sottoporrà quindi l'intero incarto al proprio servizio medico, il quale quantificherà la capacità lavorativa dettagliando

e giustificando le proprie conclusioni. Una volta che il servizio medico si sarà pronunciato in questo senso, l'UAIE dovrà esaminare in che misura la ricorrente è eventualmente atta a trarre profitto (capacità di guadagno) dalla capacità lavorativa residua in attività adeguate, disponendo, al bisogno, i provvedimenti d'integrazioni idonei. È solamente dopo avere operato questo esame che l'UAIE effettuerà, se del caso, un adeguato e circostanziato raffronto dei redditi, tenendo conto, per quanto concerne la riduzione per circostanze personali, della giurisprudenza federale in materia (in particolare, DTF 126 V 75), ed emanerà quindi una nuova decisione impugnabile.

12.

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, non sono prelevate spese processuali, per cui la domanda di esenzione dal pagamento delle spese processuale diventa priva d'oggetto.

Conformemente all'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). In concreto, considerato che il ricorrente ha agito per il tramite di un rappresentante professionale, per cui ha dovuto sostenere spese indispensabili e relativamente elevate, è giustificato assegnarli un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.- a carico dell'UAIE (art. 7 e segg. del Regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale, del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto e la decisione dell'UAIE del 9 giugno 2011 è annullata.

2.

L'incarto è rinviato all'UAIE, affinché proceda ai sensi del considerando 11.

3.

Non si prelevano spese processuali e l'importo di Fr. 400.-, versato dalla ricorrente a titolo d'anticipo, le è restituito.

4.

Alla ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.-, a carico dell'UAIE.

5.

Comunicazione:

- alla rappresentante della ricorrente (Raccomandata A/R);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata).

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia civile 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. 72 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 ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: