



Sentenza del 25 maggio 2011

Composizione

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

Parti

A. _____,
rappresentata dal Patronato INCA,
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 dell'11 dicembre
2008; revisione di una rendita).

Fatti:**A.**

Il 25 gennaio 1991, la Commissione dell'assicurazione invalidità del Canton B._____ (Ufficio AI) ha deciso di erogare in favore di A._____ – cittadina italiana, nata il (...), coniugata (doc. 32) – una mezza rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° marzo 1989. È stato stabilito, in virtù della documentazione medica agli atti (v. in particolare doc. 40 [rapporto medico del 1° ottobre 1990 del dott. C._____, specialista in ortopedia chirurgica]) che l'interessata era affetta segnatamente da sindrome dolorosa lombovertebrale cronica. L'assicurata è pertanto stata considerata invalida al 50% nella precedente attività di operaia presso una fabbrica a partire dal 1° marzo 1989 (doc. 47; v. anche doc. 42 e 44).

B.

Nel mese di agosto del 1992, l'Ufficio AI ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 48). Il 16 febbraio 1994, esso ha deciso – sulla base della documentazione medica fornita (v. doc. 56 e 57 [rapporti medici del 5 maggio e 1° ottobre 1993 del dott. D._____, specialista in medicina interna]) – di riconoscere all'interessata il diritto ad una rendita intera d'invalidità per il mese di dicembre del 1992 (la medesima è stata ritenuta completamente inabile al lavoro dal 14 settembre al 18 dicembre 1992; doc. 60; v. anche doc. 58 e 59).

C.

Nel mese di ottobre del 1995, l'Ufficio AI ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 64). Il 28 maggio 1996, detto Ufficio ha deciso che, a decorrere dal 1° novembre 1995, la mezza rendita d'invalidità pagata fino ad allora è sostituita da una rendita intera d'invalidità. È stato considerato, in virtù della documentazione medica assunta agli atti (v. in particolare doc. 66 [rapporto medico del 28 marzo 1986 del dott. D._____]), che la medesima soffriva segnatamente di sindrome panvertebrale cronica con osteocondrosi L5-S1 nonché di stato dopo isterectomia, stato dopo ovariectomia e presenza di metalli pesanti come rame e cadmio e che la stessa doveva essere ritenuta invalida al 100% dal 1° novembre 1995 (doc. 74; v. anche doc. 67, 69, 70 e 73).

D.

D.a Il 29 aprile 1997, a seguito del rimpatrio dell'assicurata, l'Ufficio AI ha trasmesso l'incarto all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE; doc. 78). Nel mese di febbraio del

1998, l'autorità inferiore ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 89). Il 1° aprile 1999, essa ha deciso – sulla base della documentazione medica agli atti (doc. 87 a 89) come pure dei rapporti del 18 novembre 1998 e del 22 marzo 1999 del E._____, medico dell'UAIE (doc. 90 e 96) – che la rendita intera d'invalidità pagata fino ad allora è sostituita da una mezza rendita d'invalidità (doc. 97; v. anche doc. 91).

D.b Il 4 gennaio 2000, la Commissione federale di ricorso in materia d'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità ha parzialmente accolto il ricorso del 28 aprile 1999, annullato la decisione del 1° aprile 1999 e rinviato gli atti di causa all'UAIE affinché detto Ufficio procedesse al completamento dell'istruttoria relativamente alla situazione medica dell'interessata (conformemente alla proposta dell'autorità inferiore del 9 dicembre 1999 nonché alla presa di posizione del 26 novembre 1999 del dott. F._____; doc. 106).

D.c Il 28 novembre 2000, l'autorità inferiore ha deciso – in virtù della documentazione medica assunta agli atti (doc. 112 a 121) nonché dei rapporti del 4 agosto e 23 novembre 2000 del dott. F._____ (doc. 122 e 127; v. anche doc. 100) – che, a decorrere dal 1° giugno 1999, la rendita intera d'invalidità è sostituita da una mezza rendita d'invalidità (doc. 128; v. anche doc. 123). È stato stabilito che l'interessata era affetta da cervicalgia e lombalgia con ischialgia, stato dopo endometrite, isterectomia e salpingectomia destra per fibroma e annessiectomia sinistra per ciste ed è stato considerato che la medesima era invalida al 50% in un'attività sostitutiva adeguata a far tempo dall'11 maggio 1998.

D.d Il 5 settembre 2001, la Commissione federale di ricorso in materia d'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità ha respinto il ricorso del 27 dicembre 2000 e confermato la decisione dell'UAIE del 28 novembre 2000 (doc. 136).

D.e Con sentenza del 18 settembre 2002, il Tribunale federale delle assicurazioni ha respinto il ricorso di diritto amministrativo interposto il 5 novembre 2001 contro il giudizio della Commissione federale di ricorso in materia d'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità del 5 settembre 2001 (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni sociali I 695/01 del 18 settembre 2002; doc. 143).

E.

Il diritto alla mezza rendita d'invalidità è poi stato confermato con

comunicazione del 19 agosto 2004 (doc. 166; v. in particolare anche doc. 165 [presa di posizione dell'11 agosto 2004 del dott. G. _____, secondo la quale la documentazione medica presentata {doc. 153 e doc. 156 a 161} non giustificava una modifica del grado d'invalidità]).

F.

F.a Nel mese di ottobre del 2007, l'autorità inferiore ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 168).

F.b Nell'ambito della citata procedura, risultano essere stati prodotti segnatamente dei documenti medici di data intercorrente da maggio 2004 a novembre 2007 (doc. 172 a 178), la perizia medica particolareggiata E 213 del 17 gennaio 2008 (doc. 179) e il questionario per la revisione della rendita AI del 18 febbraio 2008 (doc. 171).

F.c Il 26 marzo 2008, l'autorità inferiore ha chiesto all'INPS di H. _____ di sottoporre l'interessata a nuove visite mediche e di far pervenire un rapporto sullo stato di salute generale (rapporto dattiloscritto su modulo E 213) ed un esame ortopedico (rapporto dattiloscritto), ritenuto che la documentazione medica fornita è insufficiente al fine di una valutazione del caso (doc. 182).

F.d Dalle carte processuali risultano essere stati prodotti i seguenti documenti:

- un rapporto di visita ortopedica del 24 giugno 2008, unitamente ad un referto di esami radiologici (colonna cervicale e colonna lombosacrale) del 29 novembre 2007 (doc. 185 e 186);
- la perizia medica particolareggiata E 213 del 27 maggio 2008, da cui emerge la diagnosi di spondiloartrosi con discopatia multipla cervico lombare con attuale impegno funzionale lieve, sindrome depressivo ansiosa, pregressa isterectomia e annessiectomia sinistra; le condizioni di salute dell'interessata sono state definite come stazionarie e la stessa è stata ritenuta in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, ma non il suo ultimo lavoro né un lavoro adeguato alle sue condizioni a tempo pieno. È stato segnalato che l'assicurata è considerata invalida al 60%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, nella precedente attività (doc. 187).

F.e Nei rapporti del 7 marzo e 26 luglio 2008, il dott. I._____, medico dell'UAIE, ha concluso che la documentazione medica prodotta non permette di oggettivare una modifica dell'incapacità lavorativa dell'interessata (doc. 181 e 190).

F.f L'11 dicembre 2008, l'autorità inferiore ha ritenuto che, sulla base della documentazione medica assunta agli atti, il grado d'invalidità non è modificato. Pertanto, ha confermato il diritto alla mezza rendita d'invalidità (doc. 193).

G.

G.a Il 27 gennaio 2009, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE dell'11 dicembre 2008 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità a decorrere da ottobre del 2007 (data dell'avvio della procedura di revisione del diritto alla rendita). Ha segnalato che le sue condizioni di salute sono peggiorate. Ha fatto valere d'essere invalida nella misura dell'80%. Ha esibito una relazione medica del 24 ottobre 2008 del dott. J._____ (doc. TAF 1).

G.b Il 26 febbraio 2009, la ricorrente ha prodotto una relazione medica del 12 gennaio 2009 del dott. K._____ (doc. TAF 4).

H.

Con decisione incidentale del 3 febbraio 2009 (notificata il 4 febbraio 2009; doc. TAF 3 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare, entro il termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo spese è stato versato il 5 marzo 2009 (doc. TAF 2, 3 e 5).

I.

Nella risposta al ricorso del 28 settembre 2009, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. Ha segnalato che – secondo il rapporto del 9 settembre 2009 del dott. L._____, medico dell'UAIE (doc. 195) – la documentazione medica prodotta in sede ricorsuale non comporta elementi tali da modificare la valutazione clinica-lavorativa dell'interessata. L'autorità inferiore ha peraltro precisato che ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto è esigibile per ovviare alle conseguenze della sua invalidità (doc. TAF 10).

J.

Nella replica del 19 novembre 2009, la ricorrente si è riconfermata nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 27 gennaio 2009 (doc. TAF 13).

K.

Con provvedimento del 9 dicembre 2009, questo Tribunale ha trasmesso all'autorità inferiore per conoscenza la replica dell'insorgente del 19 novembre 2009 (doc. TAF 14).

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. Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

2.2. Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

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

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

3.

3.1. Secondo l'art. 2 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 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 2007, 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 5a revisione della LAI (cf. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). Peraltro, l'applicazione delle nuove norme della 5a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio all'11 dicembre 2008 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito delle questioni sottoposte nel caso concreto all'esame di questo Tribunale (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_942/2009 del 15 marzo 2010 consid. 3.1; cfr. pure sentenza del Tribunale amministrativo federale C-1284/2008 del 30 marzo 2010 consid. 3.2). Pertanto, e salvo indicazione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2007, fermo restando che l'art. 17 LPGGA e gli art. 87, 88a e 88^{bis} OAI concernenti la revisione di una rendita d'invalidità non hanno subito modifiche con l'entrata in vigore della 5a revisione della LAI.

4.

4.1. L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione

ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA).

4.2. Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

4.3. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 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. 2 OAI, la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o di grande invalidità o dell'assistenza dovuta all'invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità o dell'assistenza dovuta all'invalidità.

5.3.

5.3.1. L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo d'ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni, dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. La riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI).

5.3.2. L'art. 88a cpv. 2 OAI prevede che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora oppure se la grande invalidità si aggrava o l'assistenza dovuta all'invalidità aumenta, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'aumento della rendita o dell'assegno per grandi invalidi avviene al più presto se la revisione ha luogo d'ufficio a partire dal mese in cui è stata prevista (art. 88^{bis} cpv. 1 lett. b OAI).

5.4. Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle

circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del Tribunale federale I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 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 (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_696/2007 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

5.5. Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (sentenza del Tribunale federale I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 28 novembre 2000, data della decisione dell'UAIE mediante la quale la rendita intera d'invalidità è stata sostituita da una mezza rendita d'invalidità, e l'11 dicembre 2008, 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. 3a).

6.2. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

6.3. Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

7.

7.1. Questo Tribunale rileva che il 28 novembre 2000, momento in cui è stato deciso che la rendita intera d'invalidità è sostituita da una mezza rendita d'invalidità a decorrere dal 1° giugno 1999, è stato stabilito, segnatamente sulla base delle prese di posizione del 4 agosto e 23 novembre 2000 del dott. F. _____ (doc. 122 e 127; v. anche doc. 100),

che la ricorrente era affetta da cervicalgia e lombalgia con ischialgia, stato dopo endometrite, isterectomia e salpingectomia destra per fibroma e annessiectomia sinistra per ciste (v. anche la perizia medica del 23 maggio 2000 del dott. M. _____ [doc. 121]).

7.2. Nell'ambito della procedura di revisione, dalla documentazione medica agli atti (cfr. in particolare dalle perizia medica particolareggiata E 213 del 17 gennaio 2008 e del 27 maggio 2008 [doc. 187]) emerge che la ricorrente soffre segnatamente di spondiloartrosi con discopatia multipla cervico lombare con attuale impegno funzionale lieve, depressione nevrotica/sindrome depressivo ansiosa, pregressa isterectomia e annessiectomia sinistra.

7.3. I dott. I. _____ e L. _____, medici dell'UAIE, nei rapporti del 7 marzo e 26 luglio 2008 e del 9 settembre 2009 (doc. 181, 190 e 195), su cui si fonda la decisione impugnata, hanno ritenuto che in virtù della documentazione medica assunta agli atti non è ravvisabile un indizio concreto di una modifica significativa dello stato di salute della ricorrente. In particolare, la medesima soffre da dieci anni di dolori cervicali e lombari con alterazioni degenerative alla colonna vertebrale già note e precedentemente diagnosticate. Peraltro, detti dolori possono essere alleviati con una regolare terapia fisica e farmacologica. Il dott. L. _____ ha altresì rilevato che l'insorgente è affetta da una patologia depressiva almeno dal 2003, patologia che non avrebbe subito mutamenti significativi.

7.3.1. In merito a tali valutazioni, e allo stato attuale degli atti di causa, non appare motivo di scostarsi dalla valutazione dei dott. I. _____ e L. _____ per quanto attiene problemi fisici, segnatamente ortopedici, di cui soffre la ricorrente. In altri termini, non appare esservi stato, da questo profilo, un cambiamento significativo dello stato di salute della ricorrente nel periodo determinante.

7.3.2. Per quanto emerge dagli atti di causa, è per contro diversa la situazione per quanto attiene ai disturbi psichici di cui la ricorrente ha sofferto successivamente alla pronuncia della decisione dell'UAIE del 28 novembre 2000, decisione confermata in ultima istanza dal Tribunale federale il 18 settembre 2002. Quest'ultimo ha altresì rilevato nel menzionato giudizio che nel rapporto medico del dott. N. _____, del 2 novembre 2001, è stata diagnosticata una "sindrome depressiva grave recidivante", ma che tale patologia è stata menzionata per la prima volta nel rapporto del dott. O. _____ del 26 ottobre 2001, ben oltre la data

della decisione impugnata resa (appunto il 28 novembre 2000). Il Tribunale federale ha quindi indicato che tale accertamento era pertanto ininfluenza ai fini della vertenza allora esaminata, ma ha comunque pure rilevato che se tale patologia avesse dovuto perdurare e soprattutto ripercuotersi sulla capacità di guadagno, essa avrebbe potuto sostanziare una domanda di revisione del grado d'invalidità da parte dell'assicurata. Ora, se nel 2004, al momento della revisione d'ufficio della mezza rendita accordata nel novembre del 2000, nella diagnosi di cui alla perizia particolareggiata E 213 del 5 febbraio 2004 è indicato che l'insorgente manifestava, dal profilo psichico, unicamente una lieve nevrosi d'ansia, la situazione appare avere subito nuovamente un cambiamento significativo a partire dal 28 giugno 2006 al più tardi. In tale data è stato redatto un certificato medico del dott. O._____ (doc. 174), dirigente del Dipartimento di salute mentale SPDC di P._____, da cui risulta che la ricorrente soffre di una depressione cronica grave e si sottopone ad una terapia psicofarmacologica. Questa terapia è stata continuata (v. anche certificato del dott. O._____ del 3 marzo 2007 [doc. 175]) almeno fino al 10 novembre 2007, data di un ulteriore referto medico del dott. O._____, nel quale è stata riconfermata la diagnosi di depressione cronica grave ed è pure stato fatto riferimento alla particolare gravità delle condizioni psicopatologiche nonché all'incidenza sicuramente negativa di tale patologia sulla vita di relazione dell'interessata. Peraltro nella perizia particolareggiata E 213 del 17 gennaio 2008 è stato ritenuto (pag. 7 n. 8) un peggioramento delle condizioni di salute della ricorrente (rispetto alla precedente visita del gennaio 2004 [v. perizia particolareggiata del 5 febbraio 2004] con aumento del grado d'invalidità secondo le disposizioni del Paese di residenza della ricorrente dal 50% al 60%), peggioramento che appare riconducibile – confrontando le rispettive diagnosi – essenzialmente ai disturbi psichici. Inoltre, dalla perizia particolareggiata E 213 del 27 maggio 2008 non risulta un miglioramento dello stato di salute della ricorrente, dal momento che il perito segnala che le condizioni di salute della stessa sono rimaste stazionarie rispetto alla visita del gennaio del 2008. Non va infine dimenticato che nel certificato medico del dott. J._____ del 24 ottobre 2008 è indicato che l'insorgente soffre di depressione cronica grave, che è in cura psicofarmacologica dal 2003 presso il Centro di salute mentale (CSM) di P._____ e che la stessa evidenzia difficoltà nei rapporti interpersonali, facile tendenza al pianto, irritabilità, umore depresso, riduzione di interessi ed iniziative, disturbi del sonno; l'interessata non uscirebbe più di buon grado di casa e solo l'idea di farlo la porrebbe in uno stato di agitazione, con conseguente peggioramento dello stato umorale.

7.3.3. Visto quanto precede, l'amministrazione non poteva in concreto, sulla base di una breve e generica affermazione/considerazione del dott. L._____, medico generalista, nel rapporto del 9 settembre 2009 negare a priori ogni effetto invalidante alla diagnosi psichiatrica espressa da diversi altri medici, fra cui anche uno specialista in psichiatria (il dott. O._____), senza prima raccogliere il giudizio di uno specialista nella materia. Infatti, solo una valutazione specialistica espressa da uno psichiatra avrebbe potuto stabilire se le descritte sindrome ansioso-depressiva, depressione nevrotica e depressione cronica grave potevano assumere valore patologico avente incidenza significativa sulla capacità lavorativa nel periodo determinante (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4 e relativi riferimenti) rispettivamente sull'esito della procedura di revisione della rendita ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGA. Peraltro, né le perizie E 213 del 2008, generiche e che non appaiono redatte da specialisti psichiatrici, né il certificato medico del dott. J._____ del 28 ottobre 2008, medico chirurgo le cui conclusioni sull'incapacità lavorativa della ricorrente appaiono generiche e insufficientemente motivate, né infine le attestazioni del dott. O._____, che è certo uno specialista psichiatrico ma non si è mai pronunciato sull'incidenza della patologia da lui diagnosticata sulla capacità lavorativa della ricorrente, permettono di statuire definitivamente sulla (eventuale) incidenza invalidante delle affezioni psichiche diagnosticate all'insorgente.

7.4. Da quanto esposto, discende che non è possibile determinarsi con cognizione di causa sull'esistenza di un peggioramento dello stato di salute della ricorrente suscettibile di influire sul grado d'invalidità nel periodo determinante e di giustificare un (eventuale) aumento della rendita d'invalidità finora accordata. Pertanto la decisione impugnata, che viola il diritto federale, incorre nell'annullamento.

8.

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 Tribunale amministrativo federale C-801/2008 del 24 agosto 2010 consid. 13 e relativo riferimento). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi o comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e DTF 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli

atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti determinanti relativamente allo stato di salute della ricorrente – con perizia psichiatrica ed ogni altra che dovesse rendersi necessaria visto anche il tempo trascorso – e si pronunci nuovamente sull'esistenza di una modificazione significativa del grado d'invalidità della ricorrente giusta l'art. 17 LPGA.

9.

9.1. Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 300.--, versato il 5 marzo 2009, è restituito alla ricorrente.

9.2. Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da un mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 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]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio in fr. 1'000.-- tenuto conto del lavoro utile e necessario, relativamente contenuto, svolto dal rappresentante della ricorrente (art. 14 cpv. 2 TS-TAF). 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 parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata dell'11 dicembre 2008 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. 300.--, corrisposto il 5 marzo 2009, è restituito alla ricorrente.

3.

L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 1'000.-- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

– rappresentante della ricorrente (Atto giudiziario)

– autorità inferiore (n. di rif.)

– Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF, RS 173.110). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: