



Corte III
C-728/2020

Sentenza del 20 giugno 2022

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz e Viktoria Helfenstein,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____, (Italia),
rappresentata dal Patronato INAS,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero (UAIE),
autorità inferiore.**

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità; revisione della rendita (decisione del 10 gennaio 2020).

Fatti:**A.**

Con decisione del 13 dicembre 2018 (doc. 79 dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito, doc. 79]), l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha deciso di erogare in favore di A. _____ (di seguito, interessata, ricorrente o insorgente) – cittadina svizzera residente in Italia, nata il (...; doc. 9 pag. 1 e doc. 17) – una rendita intera d'invalidità svizzera a decorrere dal 1° giugno 2018. Nella motivazione della decisione (doc. 68), l'interessata è stata ritenuta casalinga ed è stato indicato che dalle carte processuali (segnatamente dal rapporto del luglio 2018 del medico dell'UAIE [doc. 66]) risultava che la medesima (affetta da mieloma multiplo con lesioni osteolitiche al bacino ed alla colonna vertebrale in trattamento con chemioterapia e trapianto di cellule staminali) presentava, dal 27 giugno 2017, un grado d'invalidità dell'80% nel compimento delle consuete mansioni domestiche. Questa decisione è cresciuta incontestata in giudicato.

B.

B.a L'8 agosto 2019, l'UAIE ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 81). Dalle carte processuali risultano essere stati prodotti documenti medici di data intercorrente da dicembre 2017 ad agosto 2019 (doc. 85 a 161) nonché il questionario per la revisione della rendita d'invalidità del 28 agosto 2019 (doc. 84).

B.b Nel rapporto del 3 ottobre 2019 (doc. 163), la dott.ssa B. _____, medico SMR, specialista in medicina generale, ha ritenuto che vi è stato un miglioramento significativo dello stato di salute dell'interessata da novembre del 2018. Ha posto la diagnosi di mieloma multiplo con lesioni osteolitiche al bacino ed alla colonna vertebrale in trattamento. Ha altresì considerato la trombofilia, l'aneurisma del setto atriale, le emorroidi, i pregressi attacchi di panico e lo stato febbrile con insufficienza renale transitoria siccome senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Secondo la dott.ssa B. _____, il grado d'invalidità dell'interessata quale casalinga (consuete mansioni domestiche) è dell'80% dal 27 giugno 2017 e del 50% da novembre del 2018.

B.c Con progetto di decisione del 17 ottobre 2019 (doc. 165), l'UAIE – dopo avere rilevato che lo stato di salute dell'interessata è migliorato da novembre del 2018, la malattia oncologica è stabilizzata, l'interessata non è più sottoposta a chemioterapia, (radiologicamente) le lesioni ossee appaiono regredite e la medesima presenta un'incapacità del 50% nello svolgimento

delle mansioni consuete – ha comunicato all'interessata che la rendita intera è (recte sarebbe stata) sostituita da una mezza rendita, essendo intervenuto un notevole miglioramento dello stato di salute, ai sensi dell'art. 17 LPGA.

B.d Con scritto del 22 ottobre 2019 (doc. 166), l'interessata ha chiesto la rivalutazione del caso, dal momento che, secondo il rapporto ed il certificato ematologico del 21 ottobre 2019, allegati in copia (doc. 167 e 168), è inabile a riprendere l'esercizio di un'attività lavorativa.

B.e Nel rapporto del 15 novembre 2019 (doc. 169), la dott.ssa B. _____ ha ritenuto che i documenti medici prodotti non apportano nuovi elementi clinici tali da modificare la sua precedente presa di posizione.

B.f Con decisione del 10 gennaio 2020 (doc. 172), l'UAIE – dopo avere constatato che l'interessata è di nuovo in grado di svolgere un'attività confacente al suo stato di salute (recte le mansioni consuete di casalinga; v. doc. 173) – ha deciso che, con effetto dalla fine del mese che segue la notifica della decisione, la rendita intera d'invalidità pagata fino ad allora è sostituita da una mezza rendita.

C.

C.a Il 7 febbraio 2020, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 10 gennaio 2020 mediante il quale ha chiesto l'accoglimento del gravame, l'annullamento della decisione impugnata ed il ripristino del versamento di una rendita intera d'invalidità (per un grado d'invalidità del 100% sia nella consueta mansione sia in mansioni esigibili, anche successivamente a novembre del 2018). Ha contestato un miglioramento delle sue condizioni di salute. Ha segnalato, in particolare, che, secondo il parere medico-legale del 27 gennaio 2020 nonché il rapporto ed il certificato ematologici del 21 ottobre 2019, allegati in copia (quest'ultimi due documenti già agli atti di causa), le affezioni di cui soffre comportano una completa inabilità al lavoro sia nell'attività abituale sia in attività esigibili. Infine, ha formulato una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal pagamento delle spese processuali (doc. TAF 1).

C.b Con risposta al ricorso del 19 marzo 2020 (doc. TAF 6), l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata. Secondo i rapporti del 3 ottobre e 15 novembre 2019 del proprio servizio medico, che, a sua volta, si è basato sulla documentazione medica agli atti,

lo stato di salute della ricorrente è da considerarsi siccome migliorato e la medesima presenta, nel compimento delle consuete mansioni domestiche, un grado d'invalidità del 50%, da novembre del 2018. Detta autorità ha peraltro rilevato che i documenti medici prodotti in sede di ricorso e sottoposti ad esame del proprio servizio medico (v. la presa di posizione del 10 marzo 2020; doc. TAF 6) non comportano elementi tali da modificare la valutazione clinico-lavorativa dell'insorgente. Per conseguenza, l'UAIE ha indicato che è stata a giusta ragione sostituita la rendita intera d'invalidità con una mezza rendita (con effetto dal 1° marzo 2020).

C.c Nella replica del 23 giugno 2020, la ricorrente ha ribadito che, secondo i rapporti ematologici del 17 marzo e 20 maggio 2020, allegati in copia, le sue condizioni di salute non sono migliorate (doc. TAF 9).

C.d Nella duplice del 22 luglio 2020, l'UAIE ha ritenuto, in virtù del rapporto del 17 luglio 2020 del proprio servizio medico (doc. TAF 11), che la documentazione medica prodotta in replica non apporta nuovi elementi clinici suscettibili di modificare la precedente valutazione clinico-lavorativa. Ha nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 11).

C.e In una presa di posizione dell'11 settembre 2020, la ricorrente ha confermato che, secondo il rapporto ematologico del 21 agosto 2020 (allegato in copia), le affezioni di cui soffre non le consentono di svolgere una qualsiasi attività lucrativa e comportano un grado d'invalidità non inferiore al 70% (doc. TAF 14).

C.f Con osservazioni del 7 ottobre 2020, l'UAIE, dopo aver indicato che, in virtù del rapporto del 5 ottobre 2020 del proprio servizio medico (doc. TAF 16), il documento medico prodotto non comporta elementi tali da modificare la valutazione clinico-lavorativa dell'insorgente, ha nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 16).

C.g Il 21 ottobre 2020, la ricorrente ha esibito un rapporto psichiatrico dell'8 ottobre 2020 (doc. TAF 19). In uno scritto del 19 novembre 2020, si è poi riconfermata nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 7 febbraio 2020, alla replica del 23 giugno 2020 ed alla presa di posizione dell'11 settembre 2020 (doc. TAF 21), scritto di osservazioni che è stato trasmesso (unitamente al rapporto psichiatrico) all'autorità inferiore per conoscenza con provvedimento del 30 novembre 2020 (doc. TAF 22).

C.h Il 25 agosto ed il 15 novembre 2021, l'insorgente ha esibito i rapporti ematologici del 4 agosto e 10 novembre 2021, un referto di esame patologico-molecolare del 29 luglio 2021 ed un referto di esame istologico del 20 luglio 2021 (doc. TAF 23 e 25), documenti medici che sono poi stati trasmessi all'autorità inferiore per conoscenza con provvedimenti del 20 settembre 2021 e del 6 gennaio 2022 (doc. TAF 24 e 26).

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2).

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'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

1.3 La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). 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). Secondo l'art. 2 LPGA, 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. 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. Secondo le regole generali del diritto intertemporale, si applicano le norme procedurali in vigore al momento dell'esame del ricorso (DTF 130 V 1 consid. 3.2).

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 e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). Esso ricorso è pertanto ammissibile.

2.

2.1 Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, 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 146 V 364 consid. 7.1; 144 V 210 consid. 4.3.1; 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione *pro rata temporis*; DTF 130 V 445).

2.2 La procedura di revisione del diritto alla rendita essendo stata avviata nel mese di agosto del 2019, al caso in esame, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore), così come le ulteriori modifiche entrate in vigore successivamente e fino alla pronuncia della decisione impugnata. Al caso concreto, non sono comunque applicabili le modifiche del 19 giugno 2020 della LAI e della LPGA (Ulteriore sviluppo dell'AI; RU 2021 705; FF 2017 2191) e le modifiche del 3 novembre 2021 dell'OAI (RU 2021 706), che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2022.

2.3 Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 10 gennaio 2020. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

3.

La ricorrente è cittadina svizzera, è domiciliata in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero, la medesima essendo stata assicurata ed avendo lavorato in Svizzera negli anni dal 1981 al 1990 (DTF 145 V 231 consid. 7.1, 143 V

354 consid. 4, 143 V 81, in particolare consid. 8.1, nonché 141 V 521 consid. 4.3.2), per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, 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 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

4.

4.1 L'UAIE ha reso il 10 gennaio 2020 una decisione di revisione, ai sensi dell'art. 17 LPGa, della rendita d'invalidità fino ad allora accordata alla ricorrente.

4.2 Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGa (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021), 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.

4.3 Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201), la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione

della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

4.4 L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

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

4.6 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 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 (sentenza del TF 9C_696/2007 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Irrelevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

4.7 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 (DTF 133 V 108). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 13 dicembre 2018, data della decisione mediante la quale è stata accordata alla ricorrente una rendita intera d'invalidità a decorrere dal 1° giugno 2018, ed il 10 gennaio 2020, 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).

5.

5.1 L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28a cpv. 2 LAI [nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021]; metodo specifico). In tale ambito l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività di principio da attuare mediante un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica (di seguito inchiesta domiciliare [DTF 130 V 97 consid. 3.3.1; cfr. la sentenza del TF I 733/2006 del 16 luglio 2007 consid. 4.2.1 sui presupposti di un'inchiesta domiciliare all'estero]). L'art. 27 OAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021) precisa che per mansioni consuete secondo l'articolo 7 cpv. 2 LAI di assicurati occupati nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari.

5.2 Secondo giurisprudenza, l'inchiesta domiciliare – se redatta secondo le indicazioni fornite dalle cifre 3081 segg. della Circolare dell'UFAS sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità – costituisce una base di giudizio idonea e di regola anche sufficiente. Per potergli attribuire piena forza probatoria, è però essenziale che il rapporto sia redatto da una persona qualificata – quale è normalmente un collaboratore dei servizi sociali – che conosca le circostanze territoriali e locali come pure le limitazioni risultanti dagli accertamenti medici. Inoltre, il rapporto deve tenere conto delle indicazioni della persona assicurata e menzionare, se del caso, le opinioni divergenti. L'inchiesta deve infine essere plausibile, motivata e sufficientemente dettagliata in merito alle singole limitazioni e deve riprodurre quanto accertato in loco (sentenza del TF 9C_642/2010 del 26 aprile 2011 consid. 5.1). Di regola, si ritiene che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica comprendono queste cinque attività usuali: pasti, pulizia e ordine dell'alloggio, acquisti e altre commissioni, bucato e cura dei vestiti, cura e assistenza ai figli e/o ai familiari, per le quali è assegnato un rispettivo limite massimo. Il grado di disabilità per ogni singola attività risulta dal confronto percentuale tra la ponderazione senza disabilità – stabilita dall'assistente sociale – e la limitazione dovuta alla disabilità (cfr. cifre 3083, 3085 e 3087 della Circolare dell'UFAS sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità). Il ricorso al giudizio di un medico che abbia a pronunciarsi sulle singole posizioni dell'inchiesta sotto il profilo dell'esigibilità è solo eccezionalmente necessario, segnatamente in presenza di dichiarazioni inverosimili della persona assicurata in contraddizione con i reperti medici (sentenza del TF 9C_642/2010 del 26 aprile 2011 consid. 5.1). Se la persona assicurata, a causa della sua inabilità, può svolgere determinate mansioni domestiche solo con difficoltà e con un impegno temporale assai più elevato, deve provvedere a riorganizzare il proprio lavoro e, nella misura usuale, ricorrere all'aiuto dei familiari. Nel caso di persone attive nell'economia domestica, un impedimento può così essere considerato dall'assicurazione per l'invalidità solo se le mansioni non più esercitabili personalmente devono essere eseguite da terze persone dietro pagamento oppure dai familiari che per fare ciò dimostratamente subiscono una perdita di guadagno o comunque un aggravio eccessivo. Il grado di assistenza che si può pretendere dai famigliari per l'aiuto in favore di un/a casalinga/o va oltre il sostegno che si può normalmente attendere in assenza di danno alla salute (sentenza del TF 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 5.8).

5.3 Questo Tribunale rileva che l'UAIE ha ritenuto, nel dicembre del 2018, che, da sana, la ricorrente avrebbe consacrato la sua attività all'economia domestica (v., sulla questione, il doc. 67). L'insorgente non ha contestato

in sede di ricorso questo apprezzamento delle risultanze processuali. Non sussiste altresì alcun motivo per un intervento d'ufficio al riguardo da parte di questo Tribunale. In particolare, dal questionario per il datore di lavoro (doc. 30 pag. 1), emerge che la ricorrente ha lavorato, da gennaio del 2002 a dicembre del 2012, come collaboratrice del coniuge in un'impresa familiare (con mansioni di attività d'ufficio), in ragione di 20 ore alla settimana. Secondo il questionario per l'assicurato (doc. 30 pag. 9), dal 2012, ha spontaneamente deciso, per motivi famigliari, di dedicarsi integralmente ai lavori della propria economia domestica. L'insorgente ha peraltro essa stessa fatto riferimento, nel gravame del 7 febbraio 2020, pur se in modo impreciso, alla "consueta mansione" (doc. TAF 1 pag. 4 in fine).

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 140 V 356 consid. 3.1; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (DTF 137 V 210 consid. 3.1; sentenze del TF 9C_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

6.2 Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito che l'assicuratore e il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore, il quale è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (DTF 136 V 376 consid. 4). Nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste pertanto un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste esigenze severe (DTF 122 V 157). Per costante giurisprudenza del

Tribunale federale, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, occorrerà sottoporre l'assicurato a una perizia medica esterna (DTF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4; 122 V 157 consid. 1d; v. anche, fra le altre, le sentenze del TAF C-2102/2020 del 27 gennaio 2022 consid. 6.9, C-5275/2018 del 29 giugno 2020 consid. 2.6 e C-991/2018 del 13 febbraio 2020 consid. 7.3.3).

6.3 I rapporti del servizio medico regionale (SMR) e del servizio medico dell'UAIE sono da considerare basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore e quindi da apprezzare come tali (sentenza del TAF C-2979/2019 del 3 marzo 2022 consid. 8.4 con rinvii).

6.4 I rapporti interni dell'assicurazione non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica e di formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Non è peraltro indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR o il servizio medico dell'UAIE esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce pertanto, per costante giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR o del servizio medico dell'UAIE se essi soddisfano altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute. In presenza di rapporti medici contraddittori, devono indicare i motivi per cui si fondano su un rapporto piuttosto che su un altro o se occorre effettuare un complemento dell'istruttoria (DTF 142 V 58 consid. 5.1). Se i documenti agli atti non permettono di pronunciarsi sulle pretese giuridiche litigiose, non è possibile decidere unicamente sui rapporti medici interni all'amministrazione, ma occorre effettuare un complemento dell'istruttoria (sentenza del TF 9C_165/2015 del 12 novembre 2015 consid. 4.3 e 9C_58/2011 del 25 marzo 2011 consid. 3.3; v. pure la sentenza del TAF C-2979/2019 consid. 8.6 con rinvii).

6.5 Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia

giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. 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 con rinvii).

6.6 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

7.

Nel caso in esame, occorre esaminare se al momento dell'emanazione della decisione impugnata (il 10 gennaio 2020) poteva essere ammessa la sopravvenienza rispetto al 2018 di un miglioramento significativo dello stato di salute della ricorrente (o della componente lavorativa) giustificante la sostituzione della rendita intera d'invalidità con una mezza rendita d'invalidità o, se invece, tale presupposto non era adempiuto (come sostenuto dall'insorgente medesima) o, ancora, se l'istruttoria di causa è stata insufficiente.

8.

8.1 Nel rapporto del 14 luglio 2018 (doc. 66; rapporto su cui era basata la decisione del dicembre 2018), il dott. C._____, medico dell'UAIE, aveva posto la diagnosi segnatamente di mieloma multiplo con lesioni osteolitiche al bacino ed alla colonna vertebrale (D5, D7, D9, D11, L1, L2, L4 ed L5), dolori e disturbi dell'andatura, in trattamento con chemioterapia (6 cicli di VTD [farmaci {...}, {...}, {...}]), mobilitazione di cellule staminali e trapianto di cellule staminali. Secondo il medico dell'UAIE, l'insorgente presentava, dal 27 giugno 2017 (data di inizio della chemioterapia), un grado d'invalidità dell'80% nel compimento delle consuete mansioni domestiche.

8.2

8.2.1 Nell'ambito della procedura di revisione, la ricorrente ha esibito – come richiesto dall'UAIE l'8 agosto 2019 (doc. 81) – documenti medici di

data intercorrente da dicembre 2017 ad agosto 2019 (doc. 85 a 161), segnatamente rapporti di visita ematologica, ortopedica e gastroenterologica nonché referti di esami ematici e radiologici, rapporti e referti peraltro redatti dai medici curanti dell'insorgente.

8.2.2 Nei rapporti del 3 ottobre e 15 novembre 2019 (doc. 163 e 169; rapporti su cui è basata l'impugnata decisione del gennaio 2020), la dott.ssa B._____, specialista in medicina generale, medico SMR, ha ritenuto di poter ravvisare – in virtù della documentazione medica agli atti – un notevole miglioramento dello stato di salute della ricorrente e, conseguentemente, della sua capacità di svolgere le mansioni consuete. In particolare, ha rilevato che l'insorgente si è ammalata nel giugno del 2017 di un mieloma multiplo con lesioni osteolitiche alla colonna vertebrale e al bacino ed è stata sottoposta a cicli di chemioterapia (da giugno a novembre del 2017), a mobilizzazione e raccolta di cellule staminali (il 5 e il 15 gennaio 2018) ed a trapianto di cellule staminali autologhe (il 1° marzo 2018). Il mieloma, secondo la dottoressa, è da considerare in remissione parziale e l'insorgente ha iniziato una terapia di mantenimento (da settembre del 2018). Permangono, a suo giudizio, delle sequele da imputare alla terapia, segnatamente una neutropenia (motivo per cui è stato ridotto il dosaggio del farmaco di mantenimento) e dei disturbi gastrointestinali (quali, crampi addominali, stitichezza alternata a diarrea). La dottoressa ha poi constatato che gli esami radiologici mostrano una riduzione delle lesioni ossee. Non sussiste, a suo parere, alcun rischio di frattura ossea. Sempre secondo la dottoressa, rispetto al quadro clinico esistente nel 2018, l'affezione oncologica è stabilizzata, la ricorrente non è sottoposta a chemioterapia e radiologicamente le lesioni ossee appaiono diminuite. Il mieloma, sempre a suo giudizio, è certo una malattia incurabile, ma può essere tenuto sotto controllo per anni (con i medicinali). In conclusione, la dott.ssa B._____ ha ritenuto che lo stato di salute è stabilizzato e la ricorrente presenta, da novembre del 2018, un grado d'invalidità del 50% nel compimento delle consuete mansioni domestiche.

8.2.3 In sede ricorsuale, l'insorgente ha poi prodotto, in febbraio del 2020, un certificato ed un rapporto ematologico del 21 ottobre 2019 nonché un parere medico-legale del 27 gennaio 2020 (doc. TAF 1), in giugno del 2020, i rapporti ematologici del 17 marzo e 20 maggio 2020 (doc. TAF 9) ed in settembre del 2020, il rapporto ematologico del 21 agosto 2020 (doc. TAF 14). Ha altresì esibito, in ottobre del 2020, un rapporto psichiatrico dell'8 ottobre 2020 (doc. TAF 19) ed in agosto e novembre del 2021, un referto

di esame istologico del 20 luglio 2021, un referto di esame patologico-molecolare del 29 luglio 2021 ed i rapporti ematologici del 4 agosto e 10 novembre 2021 (doc. TAF 23 e 25).

8.2.4 La dott.ssa B. _____, nei rapporti del 10 marzo, 17 luglio e 5 ottobre 2020 (doc. TAF 6, TAF 11 e TAF 16), ha osservato che la ricorrente, da marzo del 2018, è in remissione parziale dalla sua affezione oncologica (la valutazione midollare dell'aprile 2020 evidenzia in particolare un'infiltrazione di plasmacellule nel midollo osseo pari all'8%) ed assume una terapia di mantenimento (farmaco "lenalidomide", a basso dosaggio). A tal proposito, ha precisato che il mieloma multiplo è una malattia maligna progressiva, che (attualmente) non può essere curata (in maniera definitiva), ma può essere stabilizzata (con una terapia adeguata) per lunghi periodi. Quanto alle lesioni osteolitiche alla colonna vertebrale ed al bacino, ha rilevato che l'insorgente è sottoposta ad una terapia farmacologica ("..."). Gli esami radiologici mostrano, nel corso della malattia, una riduzione delle osteolisi. Infine, ha segnalato che gli esami ematici evidenziano la presenza di una neutropenia di grado 3, patologia che può certo favorire l'insorgenza di infezioni, ma non ha alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa (fermo restando che attività a contatto con il pubblico o con materiali infettivi non sono esigibili). La dott.ssa B. _____ ha quindi ritenuto che i documenti medici prodotti in sede ricorsuale non apportano nuovi elementi oggettivi rispetto alla valutazione clinico-lavorativa di cui alle sue prese di posizione dell'ottobre e novembre 2019.

8.3 Ora, sussiste qualche dubbio sulla sopravvenienza di un miglioramento dello stato di salute della ricorrente rispetto alla situazione esistente al momento della decisione del 13 dicembre 2018 di concessione della rendita intera d'invalidità rispettivamente sull'incidenza di tale miglioramento sulla capacità dell'insorgente di svolgere le mansioni consuete.

8.4

8.4.1 Da un lato, quanto alla valutazione sullo stato di salute, questo Tribunale rileva che il dott. C. _____, medico dell'UAIE, nella sua presa di posizione del 14 luglio 2018 (doc. 66), aveva a suo tempo postulato di assumere agli atti un rapporto sullo stato di salute generale ed un esame oncologico nell'ambito di una futura procedura di revisione del diritto alla rendita. Non è in particolare dato sapere, in virtù delle risultanze processuali, per quale motivo l'UAIE abbia rinunciato vuoi ad assumere una perizia medica E 213 vuoi a chiedere all'INPS di sottoporre l'insorgente ad un esame oncologico rispettivamente a far visitare la ricorrente da un medico SMR. Il

servizio medico dell'UAIE si è infatti pronunciato sullo stato di salute, basandosi sulla documentazione medica esibita dall'insorgente medesima con lettera del 28 agosto 2019 (doc. 83).

8.4.2

8.4.2.1 Dal profilo oncologico, la ricorrente soffre, da giugno del 2017, di un mieloma multiplo micromolecolare, è stata sottoposta, da giugno a novembre 2017, a cicli di chemioterapia, il 5 rispettivamente 15 gennaio 2018, a mobilizzazione e raccolta di cellule staminali, il 1° marzo 2018, a trapianto di cellule staminali autologhe ed assume, da ottobre del 2018, una terapia di mantenimento (rapporti ematologici del 23 aprile 2018 e del 5 agosto 2019; doc. 64 e 111). Ora, la dott.ssa B. _____ ha essa stessa segnalato, nelle sue prese di posizione dell'ottobre e novembre 2019 (doc. 163 e 169), che il mieloma multiplo è una malattia maligna, che (attualmente) non può essere curata (in maniera definitiva), ma può essere stabilizzata (con una terapia adeguata) per lunghi periodi. Secondo il rapporto del centro trombotosi ed emostasi del 28 settembre 2018 (doc. 107), l'autotrapianto di cellule staminali ha permesso "*(l')ottenimento di (una) remissione parziale*". I rapporti ematologici dal dicembre 2018 all'agosto 2019 concludono ad un quadro compatibile con "*persistenza di risposta parziale*" (doc. 111, 113 e 115 a 121), remissione parziale della patologia confermata anche nel rapporto ematologico del 21 ottobre 2019 (doc. 167). I rapporti ematologici del 17 dicembre 2018, 16 gennaio e 12 febbraio 2019 fanno comunque stato di una neutropenia "*verosimilmente correlata alla terapia*" (doc. 119 a 121), patologia poi confermata anche nel certificato ematologico del 21 ottobre 2019 (doc. 167) e nel rapporto ematologico del 17 marzo 2020 (di data posteriore alla decisione impugnata; doc. TAF 9), in cui è evidenziata una neutropenia di grado 3 ("*che richiede 8 fiale di [...] come profilassi per completare ciascun ciclo di mantenimento*"). Quanto all'evoluzione nel tempo dell'affezione oncologica, nel rapporto ematologico del 20 maggio 2020 (doc. TAF 9) – i documenti medici (di data posteriore alla decisione impugnata prodotti in sede ricorsuale) possono essere presi in considerazione nell'ambito della presente vertenza (v., sulla questione, il considerando 2.3 del presente giudizio), dal momento che forniscono, con probabilità preponderante, degli indizi concludenti su una situazione medica esistente già al momento dell'emanazione della decisione litigiosa – è indicato che l'assunzione della terapia di mantenimento è stata sospesa, da aprile (a maggio) del 2020, per "*eseguire indagini al fine di escludere mielodisplasia*", ma che all'esame di valutazione midollare non è rilevabile la presenza di una mielodisplasia. Inoltre, il rapporto ematologico del 4 agosto 2021 (doc. TAF 23) fa riferimento ad una "*terapia antitumorale con somministrazione*

di farmaci orali”, segnala che la ricorrente ha interrotto l’assunzione della terapia di mantenimento per *“progressione di malattia”*, evidenzia un incremento progressivo *“delle catene leggere Kappa (agli esami ematici)”* da monitorare, riferisce di un referto di biopsia midollare, in cui si conclude a *“PC monoclonali ristrette kappa, pari al 60% della cellularità totale”*, e prescrive l’avvio di una *“terapia di seconda linea”* seguita da autotrapianto. Infine, il rapporto ematologico del 10 novembre 2021 (doc. TAF 25) fa stato di una *“chemioterapia con somministrazione di farmaci”*, rileva che è stata avviata *“seconda linea di mantenimento”*, precisa che il mieloma multiplo K è *“refrattario a terapia di mantenimento”* e conclude ad un *“quadro di malattia poco responsiva alla terapia in corso”*.

8.4.2.2 Dal profilo ortopedico-reumatologico, la perizia medica E 213 del 30 agosto 2017 (doc. 18) segnalava che la ricorrente si era presentata alla visita medica in carrozzina accompagnata dal marito, era portatrice di busto (in stoffa e stecche), lamentava dolori poliarticolari al bacino ed alla colonna vertebrale, presentava un marcato deficit dei movimenti della colonna ed un’andatura stentata (doc. 18 pag. 2 e 4 n. 3.1, 4.8.1 e 4.10). Nel rapporto ematologico del 1° agosto 2018 (doc. 129) era inoltre fatto riferimento ad algie articolari alle spalle, parestesie alla mano destra e alle dita del piede destro. Il rapporto ortopedico del 27 agosto 2018 (doc. 128) faceva stato di dolenzia al rachide e prescriveva altresì la prosecuzione dell’utilizzo del busto (in stoffa e stecche). Ora, i rapporti ematologici del 12 marzo e 16 aprile 2019 (doc. 116 e 118) riportano la persistenza di dolori al rachide ed un lieve dolore al bacino. Anche il certificato ematologico del 21 ottobre 2019 (doc. 167) riferisce di dolori persistenti al rachide e al bacino, dolori poi confermati nel parere medico-legale del 27 gennaio 2020 (doc. TAF 1) – benché redatto dopo che è stata resa la decisione impugnata, lo stesso può essere preso in considerazione nell’ambito della presente vertenza (v., sulla questione, il considerando 2.3 del presente giudizio), dal momento che fornisce, con probabilità preponderante, degli indizi concludenti su una situazione medica esistente già al momento dell’emanazione della decisione litigiosa – in cui è rilevato un *“quadro algo-disfunzionale a carico della colonna dorso-lombare, caratterizzato da intenso dolore condizionante evidente impaccio statico-dinamico, facile esauribilità al carico, difficoltà nei passaggi posturali, difficoltà a mantenere a lungo posizioni costrette”*. L’utilizzo di un busto è poi confermato nel rapporto ematologico del 21 ottobre 2019 (doc. 167) nonché nel parere medico legale del 27 gennaio 2020 (doc. TAF 1), in cui è precisato che l’insorgente *“deve necessariamente indossare busto di sostegno”*. Quand’anche – come rilevato dalla dott.ssa B._____ nella sua presa di posizione dell’ottobre 2019 (doc. 163) – il referto di risonanza magnetica del 12 gennaio 2018

mostra una riduzione della lesione in sede sacrale destra (doc. 157), nel referto di risonanza magnetica del 13 giugno 2018 è indicato che appare ulteriormente ridotta la lesione a livello della porzione anteriore di D11 (doc. 91) ed il rapporto ematologico del 15 ottobre 2018 riferisce di una risonanza magnetica del 15 giugno 2018, in cui è segnalata l'assenza di lesioni focali da localizzazione di mieloma (doc. 126), va rilevato che il referto di tomografia computerizzata del 2 agosto 2019 – peraltro confrontato con un esame analogo del 3 agosto 2018, dal quale non si *“discosta significativamente”* – conclude ad *“invariate le minute ipodensità a livello della teca, invariata la area di rarefazione ossea che coinvolge l'emiporzione somatica anteriore di D11, deformazione a cuneo del corpo vertebrale di D7, nota e invariata”* (doc. 85). Inoltre, il referto di risonanza magnetica del 16 luglio 2019 – in cui sono rilevati, fra gli altri, cedimenti multipli dei corpi vertebrali in maniera più accentuata a livello di L5 con ernie multiple di Schmorl, edema della spongiosa circoscritto a livello L1, L3 ed L4 – precisa che *“il quadro (clinico) non si discosta da analogo precedente indagine del 2018”* (doc. 86) ed il referto di risonanza magnetica del 19 luglio 2019 evidenzia note coxartrosiche bilaterali (doc. 87), alterazioni degenerative già menzionate nel referto di risonanza magnetica del 15 giugno 2018 (doc. 90).

8.4.2.3 In conclusione, per quanto emerge dai documenti medici agli atti di causa, non risulta essere intervenuta dal profilo somatico (oncologico ed ortopedico-reumatologico) alcuna modifica rilevante delle circostanze di fatto determinanti, da un lato, la ricorrente soffrendo, da giugno del 2017, di un mieloma multiplo, dapprima certo in terapia di mantenimento, ma poi ancora in trattamento con chemioterapia, e, dall'altro, i dolori, le lesioni osteolitiche e le alterazioni degenerative alla colonna vertebrale ed al bacino essendo sostanzialmente invariati dal 2018.

8.4.3 Per il resto, dal profilo psichico, non è possibile escludere, sulla base degli atti di causa al loro stato attuale, che le condizioni di salute dell'insorgente abbiano subito un peggioramento rispetto a quelle esistenti nel dicembre del 2018. In effetti, la perizia medica E 213 del 30 agosto 2017 riferiva di progressi attacchi di panico ed oggettivava la presenza di una lieve depressione reattiva (doc. 18 pag. 2 e 3 n. 3.1 e 4.1). Nel rapporto ematologico del 20 marzo 2018 era poi indicato che l'insorgente era stata valutata da uno psicologo per una deflessione del tono dell'umore e che la stessa traeva beneficio dalla terapia psicologica di supporto (doc. 149 pag. 5). Ora, il rapporto ematologico del 21 agosto 2020 (doc. TAF 14) – i documenti medici (di data posteriore alla decisione impugnata prodotti in sede ricorsuale) possono essere presi in considerazione nell'ambito della pre-

sente vertenza (v., sulla questione, il considerando 2.3 del presente giudizio), dal momento che forniscono, con probabilità preponderante, degli indizi concludenti su una situazione medica esistente già al momento dell’emanazione della decisione litigiosa – segnala la persistenza di episodi di astenia (*“con necessità di allettamento per 2-3 giorni di seguito”*). Inoltre, nel rapporto di visita psichiatrica dell’8 ottobre 2020 (doc. TAF 19) è indicato che l’insorgente racconta di aver sofferto, circa 30 anni fa, di attacchi di panico, riferisce di provare solo una discreta ansia anticipatoria in occasione di eventi (che le causano preoccupazione) e lamenta una condizione di importante astenia e facile affaticabilità, *“che non hanno un riscontro dal punto di vista organico (esami ematici nella norma) e che limitano la paziente nelle attività quotidiane e le impediscono di svolgere una costante attività lavorativa”*. Ciò premesso, il fatto che potrebbero essersi aggiunte delle nuove diagnosi rispetto alla situazione esistente nel 2018 ancora non giustifica di per sé la conclusione di un intervenuto cambiamento significativo delle circostanze fattuali determinanti ai sensi dell’art. 17 LPGA. Delle nuove diagnosi sono infatti determinanti in tale ottica solo se suscettibili di incidere sul diritto alla rendita. Tale non è manifestamente il caso nella presente fattispecie, dal momento che la ricorrente già beneficia da giugno del 2018 di una rendita intera dell’assicurazione per l’invalidità svizzera (messa naturalmente in discussione nella procedura di revisione in esame). Le ulteriori affezioni oggettivate nel rapporto psichiatrico del 2020, e che si sarebbero aggiunte a decorrere appunto dal 2020, non potrebbero pertanto modificare il suo diritto alla rendita, ella essendo già al beneficio della rendita massima prevista dal diritto svizzero, ma potrebbero modificare solamente, e se del caso, il grado d’incapacità lavorativa, ciò che non costituisce manifestamente un motivo di revisione di una rendita ai sensi dell’art. 17 LPGA (cfr., sulla problematica, la sentenza del TAF C-7527/2014 del 12 agosto 2015 consid. 7.3.6 e relativi riferimenti alla giurisprudenza del Tribunale federale; v. anche la sentenza del TAF C-726/2013 del 14 settembre 2016 consid. 6.3.2). Peraltro, l’applicazione delle nuove norme della modifica del 19 giugno 2020 della LAI (Ulteriore sviluppo dell’AI), entrate in vigore il 1° gennaio 2022, non avrebbe alcuna incidenza sul diritto alla rendita intera. Infatti, secondo l’art. 28b cpv. 2 LAI (nella versione in vigore dal 1° gennaio 2022), se il grado d’invalidità è uguale o superiore al 70%, l’assicurato ha diritto a una rendita intera.

8.5

8.5.1 Dall’altro lato, quanto all’impedimento a svolgere le mansioni consuete, nella fattispecie quelle di casalinga, l’invalidità deve essere valutata

sulla base di un confronto delle attività da attuare di principio mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97).

8.5.2 A prescindere dalla questione di sapere se nel caso concreto fosse eccezionalmente ammesso rinunciare ad un'inchiesta domiciliare (cfr. la sentenza del TF I 733/06 consid. 4.2.2 sulla possibilità di rinunciare ad un'inchiesta domiciliare in caso di domicilio all'estero dell'assicurato), occorre rilevare che, nell'ambito della procedura che ha condotto il 13 dicembre 2018 alla concessione alla ricorrente di una rendita intera, l'insorgente aveva dichiarato che *“purtroppo non mi posso più preoccupare della casa, mio marito se ne fa carico, oltre che della salute e della mia persona”* (cfr. le sue osservazioni nel questionario per l'assicurato del 21 dicembre 2017; doc. 30 pag. 19). Il dott. C._____, medico dell'UAIE, nel rapporto del 14 luglio 2018 (doc. 66), aveva concluso ad un grado d'invalidità della ricorrente quale casalinga (consuete mansioni domestiche) dell'80%, dal 27 giugno 2017. Nell'ambito della procedura di revisione del diritto alla rendita in esame, il parere medico legale del 27 gennaio 2020 (doc. TAF 1) riferisce invero di una valutazione funzionale IADL (Instrumental activities of daily living [attività di vita quotidiana strumentali]) del 5 aprile 2019, in cui *“si evidenzia necessità di essere accompagnata per qualsiasi acquisto nei negozi, capacità di preparazione dei pasti solo se già procurati gli ingredienti, necessità di aiuto per il governo della casa, necessità che la biancheria sia lavata da altri, possibilità di spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza”* nonché di una valutazione funzionale ADL (Activities of daily living [attività di vita quotidiana di base]) del 5 aprile 2019 in cui *“si evidenzia per fare il bagno necessità di assistenza per la più parte del corpo, per vestirsi necessità di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi, altrimenti rimane parzialmente o completamente svestita”*. Dalla descrizione della valutazione delle attività della vita quotidiana appare che l'incapacità dell'insorgente nelle attività di casalinga sia rimasta invariata vuoi che la stessa sia piuttosto peggiorata rispetto al quadro clinico esistente nel 2018, la ricorrente necessitando di assistenza anche per le attività di cura personale.

8.6 Per conseguenza, allo stato attuale degli atti di causa non è consentito concludere ad un miglioramento significativo dello stato di salute della ricorrente atto a giustificare una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa.

9.

9.1 Prima di accogliere il gravame, annullare la decisione impugnata e riformarla nel senso che l'insorgente continuerà a beneficiare di una rendita

intera anche dopo il 1° marzo 2020, va esaminato se il provvedimento impugnato possa essere confermato mediante sostituzione dei motivi.

9.2 Una sostituzione dei motivi è in generale ammissibile solo allorquando la decisione impugnata possa in ogni caso e senza ombra di dubbio venire confermata nel risultato sulla base di un'altra motivazione. Occorre altresì che gli atti di causa siano completi o comunque sufficienti a statuire e che la motivazione sostitutiva si basi su fatti noti alla parte e su norme giuridiche di cui poteva, perlomeno, supporre la pertinenza (cfr., fra le tante, la sentenza del TF 8C_680/2014 del 16 marzo 2015 consid. 3.2 e relativi riferimenti; v. pure DTF 120 la 220 consid. 3d e 112 la 129 consid. 3c). Nel caso concreto, tali requisiti non sono adempiti per i motivi indicati di seguito.

9.3

9.3.1 Secondo l'art. 53 cpv. 2 LPGA, l'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza. Per determinare se è possibile riconsiderare una decisione per il motivo che essa sarebbe senza dubbio erronea, occorre fondarsi sulla situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata resa prendendo in considerazione la prassi allora in vigore, fermo restando che un cambiamento di prassi o di giurisprudenza non giustifica di regola una riconsiderazione. Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione, giusta l'art. 53 cpv. 2 LPGA, diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente i presupposti del diritto a prestazioni (di lunga durata), l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare, non vi è inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi aspetti o elementi e se la decisione iniziale appare sostenibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. In altri termini, la via della riconsiderazione è adempiuta soltanto se non vi è alcun dubbio sull'erroneità della decisione iniziale e se la ritenuta erroneità configura la sola valutazione possibile alla luce dei fatti e delle disposizioni legali applicabili (DTF 138 V 324 consid. 3.3 e relativi riferimenti; sentenza del TF 9C_1061/2010 del 7 luglio 2011 consid. 6.1 e 6.2). Qualora l'erroneità della decisione iniziale sia constatata solo in fase giudiziaria, il giudice può tutelare con sostituzione dei motivi il provvedimento di revisione reso (a torto) dall'amministrazione conformemente all'art. 17 LPGA (DTF 125 V 368 consid. 2; sentenza del TF I 674/04 del 27 gennaio 2006 consid. 3.2). Allorquando il giudice procede alla sostituzione dei motivi, ciò implica di principio un doppio esame, concernente la

verifica, da un lato, del carattere manifestamente errato della decisione iniziale e, dall'altro lato, della situazione esistente al momento in cui la decisione su revisione è stata resa (sentenza del TF 9C_187/2007 del 30 aprile 2008 consid. 4.2).

9.3.2 Allo stato attuale degli atti di causa, non vi è motivo ritenere che la decisione del 13 dicembre 2018 mediante la quale l'UAIE ha riconosciuto all'insorgente il diritto ad una rendita intera d'invalidità a decorrere dal 1° giugno 2018 fosse manifestamente errata (l'autorità inferiore neppure lo pretende). La documentazione medica agli atti – in particolare la perizia medica E 213 del 30 agosto 2017 (doc. 18) ed il rapporto ematologico del 23 aprile 2018 (doc. 64) – giustificava, a non averne dubbio, la menzionata decisione del dicembre 2018 di attribuzione di una rendita intera. Questo Tribunale non ha pertanto motivo, sulla base delle risultanze processuali, di confermare la sostituzione della rendita intera d'invalidità fino ad allora accordata con una mezza rendita per via di riconsiderazione.

9.4 Riassumendo, non risultano pertanto adempite neppure le condizioni per una sostituzione dei motivi nel senso di una conferma della decisione impugnata, fondata a torto sull'art. 17 LPGGA, in virtù di una riconsiderazione ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPGGA.

9.5 Ciò premesso, e ritenuto che l'autorità inferiore ha avuto ampia facoltà – nell'ambito della procedura di revisione promossa l'8 agosto 2019 – di poter dimostrare l'esistenza di circostanze proprie a giustificare la sostituzione della rendita intera della ricorrente con una mezza rendita, senza riuscirvi, non vi è ragione di rinviare gli atti all'autorità inferiore per un'istruzione complementare, non sussistendo alcuna seria possibilità che tali complementi istruttori possano infine condurre – per i motivi precedentemente indicati – ad una riduzione della rendita intera d'invalidità accordata all'insorgente nel 2018 a decorrere da marzo del 2020.

10.

Visto quanto esposto, il ricorso deve essere accolto e l'impugnata decisione del 10 gennaio 2020 riformata nel senso che alla ricorrente è riconosciuto il diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (anche) a decorrere dal 1° marzo 2020. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda al calcolo delle prestazioni di legge.

11.

11.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

11.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. TS-TAF [RS 173.320.2]). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 1'000.- tenuto conto del lavoro utile e necessario, limitato, svolto dal rappresentante della ricorrente (cfr., sulla questione del diritto a ripetibili da parte del Patronato, le sentenze del TF 9C_310/2009 del 14 aprile 2010 consid. 4.3 e I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 3 nonché, fra le tante, la sentenza del TAF C-4019/2019 del 24 novembre 2020 consid. 11.2 con rinvii). L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto e l'impugnata decisione del 10 gennaio 2020 è riformata nel senso che alla ricorrente è riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità (anche) a decorrere dal 1° marzo 2020.

2.

Gli atti di causa sono ritornati all'UAIE affinché proceda al calcolo delle prestazioni.

3.

Non si prelevano spese processuali. La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

4.

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

5.

Questa sentenza è comunicata alla ricorrente, all'autorità inferiore e all'UFAS.

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 segg. e 100 LTF. Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 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: