



## Sentenza del 29 marzo 2011

---

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),  
Philippe Weissenberger, Michael Peterli;  
Cancelliere: Dario Croci Torti.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
ricorrente,

Contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero UAIE**, avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100, 1211 Ginevra 2, autorità inferiore.

---

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione del 3 marzo 2010)

**Fatti:****A.**

A. \_\_\_\_\_, cittadina con doppia nazionalità italiana e svizzera, nata il, ha lavorato in Svizzera dal 1971 in diversi settori manifatturieri (specialmente tessile a Zofingen; dal 1986 ramo della vendita al dettaglio ed assemblaggio di orologi in Ticino). Dal 1990 ha lavorato anche come addetta alle pulizie presso le scuole di B. \_\_\_\_\_ (TI) ed ha conservato, fino al 1999, l'impiego di portinaia di condominio. Da tempo (1989) era comunque sofferente di una malattia intestinale cronica (Morbo di Crohn). Con decisione del 12 aprile 1996, l'Ufficio AI del Cantone Ticino ha erogato in favore della nominata una mezza rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità decorrere dal 1° ottobre 1995. L'indagine medica aveva appurato che la richiedente era portatrice del morbo di Crohn, sindrome ansioso-depressiva marcata e talassemia minor.

L'interessata aveva nel frattempo domandato una revisione del diritto alla rendita, postulando il riconoscimento del diritto ad una rendita di grado più elevato. L'amministrazione ha proceduto ad una visita presso il Servizio medico dell'assicurazione AI di Bellinzona (SAM). La nominata ha peraltro subito un incidente nel luglio 1998 riportando la frattura dell'osso sacro ed un altro infortunio il 4 febbraio 2000 causante un trauma distorsivo cervicale. Presso il SAM (rapporto del 6 marzo 2000) è stata sostanzialmente rilevata la diagnosi di morbo di Crohn con diverse recidive, periartropatia scapolo-omerale, stato dopo recente trauma distorsivo cervicale, distimia reattiva cronica in remissione, sindrome lombo vertebrale cronica, sindrome del tunnel carpale. Con decisione del 3 gennaio 2001, in esito al parere dei sanitari del SAM, l'ufficio AI cantonale ha respinto la domanda di revisione.

L'interessata ha impugnato il suddetto provvedimento amministrativo innanzi al Tribunale cantonale della assicurazioni (TCA), Lugano, il quale ha accolto l'impugnativa ed ha rinviato gli atti all'amministrazione perché procedesse a più approfonditi accertamenti sanitari. Dalla nuova indagine, sempre svolta al SAM nel luglio/agosto 2002, emerge la diagnosi (invalidante) del morbo di Crohn con plurirecidive, una sindrome cervico-vertebrale/-spondilogeno/-cefalica cronica a sinistra più che a destra, periartropatia omero scapolare tendinopatia sinistra, più che a destra, sindrome lombo vertebrale/-spondilogeno; come diagnosi non necessariamente invalidante i periti hanno rilevato una sindrome depressiva ricorrente in remissione, iniziale poliartrite, IFP alle mani, stato dopo strumectomia eutocitica con terapia sostitutiva. Essi hanno ritenuto che l'assicurata può svolgere al 50% la sua precedente attività di portinaia, ma solo al 30% l'attività di donna di pulizie dal 40 febbraio 2000 (infortunio) e al 60% le incombenze domestiche. Con decisione del 15 gennaio 2003, l'Ufficio AI ticinese ha erogato in favore della nominata una rendita intera AI a decorrere dal 1° maggio 2000 (doc. 1-180).

**B.**

L'assicurata si è trasferita in Italia a seguito del secondo matrimonio ed il pagamento della prestazioni è stato ripreso, per competenza, dall'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAI, ora, Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, UAIE) dal 1° maggio 2005 (doc. 187).

L'UAI ha avviato una procedura di revisione dalla quale è emerso che l'interessata, dopo il 2002 (visita al SAM), è stata sottoposta ad emicolectomia destra (a seguito del Morbo di Crohn), ad un intervento per tunnel carpale a destra. Il medico dell'INPS ha stimato che la paziente potrebbe ora svolgere attività semipesanti, come pure il suo ultimo lavoro in misura massima di 4/5 ore giornaliere e, a tempo pieno, attività più leggere ed ha posto un tasso d'invalidità generico del 50% (doc. 197). Il medico dell'UAI, Dott. Battaglia, ha ritenuto, in particolare, che in attività confacenti (leggere, semisedentarie), A.\_\_\_\_\_ presenterebbe un grado di capacità al lavoro pieno. Un raffronto dei redditi, calcolato dall'amministrazione (doc. 200), ha posto in evidenza che in attività sostitutive, invece di quella di donna delle pulizie, la nominata subirebbe una perdita di guadagno del 9,82%. In questo calcolo il salario dopo l'insorgenza dell'invalidità è stato ridotto del 15% per tenere conto della situazione personale dell'assicurata (età, handicap). Dopo avere emanato (11 ottobre 2006) un progetto di decisione comportante la soppressione del diritto a prestazioni, l'assicurata vi si è opposta con atto del 25 ottobre 2006 producendo diversa documentazione, in gran parte già ad atti. Richiamato a pronunciarsi, il Dott. Battaglia, nella sua nota del 4 gennaio 2007, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 231). Con decisione del 1° febbraio 2007, l'UAIE ha soppresso il diritto alla rendita con effetto dal 1° aprile 2007 (doc. 233).

**C.**

Contro tale provvedimento, A.\_\_\_\_\_ ha presentato tempestivo ricorso innanzi allo scrivente Tribunale amministrativo federale (TAF), postulando il ripristino del suo diritto alla rendita intera AI e producendo certificazione medica, segnatamente un referto del Dott. Motta ed un altro del Dott. Storaci del marzo 2007. Dopo aver consultato il proprio servizio medico (Dott. Lehmann), l'UAIE, nelle osservazioni ricorsuali del 9 luglio 2007, ha proposto la reiezione dell'impugnativa. In replica, l'interessata ha ribadito le sue conclusioni ed ha prodotto nuova documentazione sanitaria (fra la quale una recente colonscopia ed una sonografia della tiroide). Richiamato a pronunciarsi, il Dott. Lehmann si è riconfermato nel suo precedente parere. Duplicando in data 11 settembre 2007, l'amministrazione ha riproposto la reiezione del ricorso.

Con sentenza del 1° settembre 2008, il TAF ha parzialmente accolto l'impugnativa ed ha rinviato gli atti all'UAIE per complemento d'istruttoria soprattutto sotto il profilo gastroenterologico ed ortopedico, per il motivo che i pareri dei medici pronunciatisi in fase d'istruttoria non erano sorretti da certificazione oggettiva di recente esecuzione (causa C-1972/2007).

**D.**

In ossequio a quanto disposto nelle sentenza menzionata, l'assicurata è stata convocata al SAM di Bellinzona, le cui visite hanno avuto luogo il 21, 23 e 30 aprile e 5 maggio 2009. Sono stati eseguiti consulti specialistici in gastroenterologia (Dott.ssa Schaufelberger), reumatologia (Dott. Mariotti), neurologia (Dott. Karau) e psichiatria (Dott. Lazzarini). Gli esperti incaricati hanno rilevato, per l'essenziale (dettaglio nella parte in diritto), la diagnosi (invalidante) di fibromialgia, episodio depressivo di entità lieve, periartropatia omero scapolare sinistra sindrome cervicovertebrale a sinistra (stato dopo "colpo di frusta" il 4 febbraio 2000), lombalgie croniche e (non necessariamente invalidante) di iniziale poliartriosi alle mani, esiti di operazione del tunnel carpale a destra, morbo di Crohn con decorso clinico favorevole, sindrome del tunnel carpale leggera a sinistra. Nel complesso, i medici incaricati ritengono che vi sia stato un miglioramento clinico rispetto alla perizia SAM del 2002. Attualmente (e dal 2005), la paziente potrebbe svolgere un'attività adeguata in misura completa (tenendo conto di alcune limitazioni, segnatamente di ordine ortopedico), tuttavia, vi è una componente psichica che incide nella misura del 20% (d'inabilità al lavoro) in qualsiasi attività (doc. 255-258).

**E.**

L'incarto è stato trasmesso in esame al Dott. Lehmann, il quale, nella sua relazione del 3 settembre 2009 non ha condiviso il rapporto del SAM nella misura in cui riconosce un'invalidità (per motivi psichiatrici) del 20% in tutte le attività, sia perché la patologia menzionata è di carattere leggero, sia anche perché non sarebbe mai durata più di 6 mesi. Propone quindi di ammettere una capacità di lavoro completa nelle attività confacenti (doc. 264 e 264.1).

Con progetto di decisione del 17 settembre 2009, l'UAIE ha confermato la legittimità della soppressione del diritto alla rendita con effetto 1° aprile 2007 (doc. 265).

Con la risposta del 21 ottobre 2009, l'interessata ha manifestato il suo disaccordo con il progetto di decisione (doc. 268). Ha prodotto un breve certificato medico del 9 ottobre 2009 del Dott. Pezzoni, dove non vengono rilevate novità diagnostiche (doc. 267). In un secondo tempo produce altri due documenti: i risultati di un test al cicloergometro del 16 novembre 2009 non conclusivo (interrotto a 90 Watt per esaurimento muscolare); un rapporto d'intervento d'artroscopia alla spalla sinistra del 3 dicembre 2009 (ricovero di tre giorni); un reperto radiologico del torace e della spalla sinistra del 21 ottobre 2009 (doc. 270-273).

Ricevute le osservazioni, l'amministrazione ha risottoposto gli atti al Dott. Lehmann, il quale, nelle sue relazioni del 25 novembre 2009 e 28 gennaio 2010 (doc. 275, 277), si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni.

Mediante decisione del 3 marzo 2010, l'UAIE ha confermato la soppressione del diritto alla rendita con effetto 1° aprile 2007 (doc. 279).

**F.**

Con il ricorso depositato il 23 marzo 2010, A.\_\_\_\_\_ chiede l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il ripristino del suo diritto di una prestazione AI. A suffragio delle sue conclusioni produce un programma di riabilitazione della funzionalità della spalla sinistra del 29 gennaio 2009 presso una clinica della sua regione ed altra documentazione già ad atti.

**G.**

Ricevuto il ricorso, l'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. Lehmann, il quale, nella sua relazione del 18 giugno 2010, prende atto del programma riabilitativo, ma lo considera ininfluenza per la valutazione della capacità di lavoro dell'interessata.

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 23 luglio 2010, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

**H.**

Dopo aver preso atto della risposta dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, A.\_\_\_\_\_, con scritto del 23 agosto 2010, ha ribadito la sua intenzione di mantenere il ricorso. Produce ulteriore documentazione e, segnatamente: un rapporto gastroenterologico (manoscritto) del 15 aprile 2010 a cura del Dott. Bozzani con allegati i risultati di più cure prestate a partire dall'ottobre 2009 per dolori addominali; un certificato del Dott. Pezzoni di data non leggibile, ma comunque attestante quanto già noto; un breve rapporto gastroenterologico del Dott. Parravicini del 4 giugno 2010; una risonanza magnetica (RMN) enterica del 2 luglio 2010; un referto di tomografia assiale computerizzata dell'11 agosto 2010 dell'addome completo; un ulteriore piano riabilitativo funzionale del 16 agosto 2010; un reperto elettroencefalografico L4-L15 del 6 agosto 2010.

Ricevuta la replica, l'amministrazione ha interpellato il Dott. Lehmann, il quale, nella sua relazione del 31 agosto 2010, ha affermato che la documentazione esibita non attesta un peggioramento della capacità di

lavoro dell'assicurata, ma unicamente delle fasi di riacutizzazione di una sintomatologia intestinale e le cure eseguite con successo.

Duplicando in data 19 ottobre 2010, l'UAIE ha riproposto la reiezione del ricorso.

**I.**

Con decisione incidentale del 26 ottobre 2010, il TAF ha invitato la parte ricorrente a versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato regolarmente versato il 2 novembre 2010.

**Diritto:**

**1.**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

**2.**

**2.1.** In virtù dell'art. 3 lett. dbis 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 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

**2.2.** Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

**2.3.** Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGGA e 52 PA). Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

### **3.**

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

**3.2.** Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

**3.3.** L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALCP 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.

### **4.**

Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire

dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2).

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 3 marzo 2010, data dell'impugnata decisione. 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 in lite è stata resa (DTF 130 V citata).

## **5.**

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

**5.2.** L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 1<sup>ter</sup> LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

**5.3.** Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce al più presto nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lett. b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o

migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

**5.4.** Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

## **6.**

**6.1.** Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario di una rendita d'invalidità subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

**6.2.** La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione 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 modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]).

**6.3.** Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di 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 (art. 88a cpv. 1 OAI).

**6.4.** La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a).

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

**6.6.** La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88<sup>bis</sup> cpv. 2 lett. a OAI).

## **7.**

Il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera da influire sul diritto a prestazioni è costituito dall'ultima decisione che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V 108 consid. 5.4). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è pertanto quello intercorrente fra la decisione del 15 gennaio 2003, con la quale l'Ufficio AI del Cantone Ticino ha erogato in favore dell'assicurata una rendita intera AI a decorrere dal 1° maggio 2000 ed il 3 marzo 2010, data della decisione impugnata.

## **8.**

**8.1.** L'interessata non ha più lavorato dal 1999.

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

cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

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

**8.4.** Inoltre, perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160).

## **9.**

**9.1.** Nel riconoscere inizialmente il diritto alla rendita intera Al l'autorità amministrativa si era fondata su di una documentazione medica dalla quale traspariva che l'assicurata era portatrice di:

Diagnosi con influsso sulla capacità di lavoro:

Morbo di Crohn ileocecale diagnosticato nel 1989 con recidive nel 1994, 1998, 1999, 2000, stenosi relativa del cieco, attuale trattamento con asacol; sindrome cervico-vertebrale/-spondilogeno/-cefalica cronica a sinistra più che a destra su stato dopo trauma discorsivo della colonna cervicale il 4 febbraio 2000, sintomi neurovegetativi accompagnatori, tendenza alla

generalizzazione dei dolori con sviluppo di una sindrome fibromialgica; periartropatia omero scapolare tendinopatia cronica sinistra più che a destra su nota lesione del labbro cartilagineo superiore del glenoide nonché edema del tendine sovra spinato della spalla sinistra, DD sindrome dell'apertura toracica superiore a sinistra più che a destra; sindrome lombovertebrale/-spondilogenica cronica su discopatia L4-L5 con ernia discale in contatto con la radice di L5 di sinistra, nessun segno clinico di radicolopatia.

Diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa:

sindrome depressiva ricorrente attualmente in remissione; iniziale poliartrosi delle articolazioni IFP alle due mani (Buchard), stato dopo strumectomia nel 1987, situazione eutireotica con terapia sostitutiva

(cfr. perizia del SAM dell'8 ottobre 2002, doc. 167).

## **9.2. Al momento della revisione in esame il SAM ha evidenziato:**

Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa:

Fibromialgia; episodio depressivo di gravità lieve (ICD-10 F 32.0), reattivo a situazione economica precaria ed a problemi nella relazione con il coniuge (ICD-10Z 63.0); sindrome cervicovertebrale con componente cervicobrachiale prevalentemente a sinistra su minime alterazioni degenerative e stato dopo colpo di frusta in data 4 febbraio 2000; periartropatia omeroscapolare tendinopatia con sintomatologia d'impingement per un restringimento dello spazio subacromiale ed acromion prominente, nonché parziale lesione del tendine sovra spinato; lombalgie croniche recidivanti con episodi di carattere sciatalgico su leggere alterazioni di tipo statico, nonché alterazioni degenerative con presenza, alla RM del 2007, di una discopatia L3-L4 con protrusione intra- ed extraforaminale a sinistra che comprime la corrispondente radice L3.

Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa:

Iniziale poliartrosi delle dita delle mani nonché tendinopatia dell'estensore del pollice sinistro, stato dopo intervento di decompressione del nervo mediano del canale carpale, nonché intervento chirurgico per tendine di De Quervain a destra e tendine stenotante del flessore del IV dito a destra; Morbo di Crohn diagnosi primaria nel 1989 con manifestazione ileocecale con: stato da emicolectomia destra ed adesiolisi per sub-stenosi infiammatoria e perforazione coperta nel 2002 con ileotransversotomia terminale, decorso clinico favorevole; sindrome del tunnel carpale sinistra di entità molto leggera.

(perizia del SAM del 22 luglio 2009 [visite di aprile e maggio 2009], doc. 258).

Dalla documentazione successiva alla perizia del SAM risulta, per l'essenziale, che nel dicembre 2009 la nominata è stata sottoposta ad intervento di artroscopia alla spalla sinistra e ha manifestato da ottobre 2009 una riacutizzazione dei problemi gastrointestinali (cfr. refertazione dei Dott.ri Parravicini e Bozzani prodotti in sede di replica).

## **10.**

**10.1.** Per quanto riguarda le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il collegio giudicante può riferirsi a quanto esposto dai sanitari del SAM di Bellinzona.

**10.2.** Va preliminarmente ricordato che una perizia richiesta dall'UAIE ad un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte. Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita (come pure procedere alle revisioni), procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). In questo contesto l'Ufficio AI agisce quale organo amministrativo preposto all'attuazione della legge, sicché le perizie ordinate in adempimento di questo compito non possono essere considerate di parte o non conclusive alla luce di altri referti (DTF 123 V 175 e 122 V 157). Il Tribunale federale ha inoltre precisato che deve essere considerata rilevante una perizia affidata al SAM, negando che tale servizio medico possa essere considerato parte in causa per sussistenza di un vincolo per cui l'istituto medesimo sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione per l'invalidità.

Determinante è invece che la perizia del SAM rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a e 122 V 160 consid. 1c).

**10.3.** L'assicurata soffre di diverse patologie di natura invalidante. Nel passato, quella principale era, senza dubbio, costituita dal morbo di Crohn, sorto nel 1989 e manifestatosi con numerose recidive negli anni successivi fino al 2002. Ora, sembra che questa affezione sia in fase silente anche grazie ad un intervento di emicolectomia avvenuto nel 2002. Di contro, le condizioni psichiche sembrano essersi aggravate, sebbene non in modo importante. Inoltre, la problematica ortopedica con localizzazioni alla colonna in toto e alla spalla sinistra è pure presente.

**10.3.1.** Sotto il profilo psichiatrico (Dott. Lazzarini) l'assicurata ha sviluppato, nel passato, una condizione depressiva reattiva che ha affrontato grazie ad un sostegno psichiatrico, fenomeno poi rientrato. Tuttavia, nel 2007, ha presentato una nuova fase critica reattiva alla sospensione delle prestazioni AI e alla necessità di dipendere dal marito. Sono evidenziati stanchezza, preoccupazione, insoddisfazione, insicurezza esistenziale, trattasi comunque di un quadro depressivo di lieve entità privo di disturbo della personalità od altra patologia psichiatrica maggiore. Per tale motivo la peritanda risulterebbe inabile al lavoro, come salariata o come casalinga in misura non superiore al 20%, grado non cumulabile con eventuali altre situazioni d'invalidità dovute a motivi somatici.

Ora, il Dott. Lehmann, dell'UAIE, non condivide questa valutazione. Egli asserisce che, vista la scarsa gravità della diagnosi, esporre un tasso d'invalidità del 20% apparirebbe eccessivo e, inoltre, "*kann sie nicht als eine langenhaltende Erkrankung von mindesten 6 Monaten Dauer bezeichnet werden*". Il collegio giudicante è del parere che occorre aderire al parere del medico specialista (Dott. Lazzarini) che, più del Dott. Lehmann, ha potuto sincerarsi tramite esame diretto delle condizioni di salute dell'insorgente. Nel caso in esame, si osserva che il vissuto della peritanda mostra che la stessa, data la sua fragilità psichica influenzabile da eventi esteriori, potrebbe facilmente ricadere in una nuova fase più morbosa e invalidante. Non è determinante la circostanza che, al momento della visita specialistica, la patologia in atto sia silente. È l'analisi generale che conta e la valutazione globale espressa dal medico specialista è più convincente. Il senso poi dell'osservazione dei 6 mesi accennata dal Dott. Lehmann non è ben comprensibile. Ne consegue che il questo collegio reputa adeguato il grado d'incapacità di lavoro in ogni attività fissato al 20% dallo specialista in psichiatria.

**10.3.2.** Dal lato ortopedico/reumatologico l'esperto incaricato (Dott. Mariotti) sottolinea come la paziente manifesti dolori a carattere diffuso all'apparato locomotorio con prevalenza della colonna cervicale. Questa sindrome algica cervico-cefalica irradia anche le braccia e soprattutto la spalla sinistra, ove i movimenti sono senza dubbio limitati in elevazione/abduzione/rotazione. Altri disturbi si localizzano alla mano e pollice di sinistra e lungo tutto l'avambraccio. Ulteriori dolori si manifestano su tutta la colonna toracale ed in zona lombare con manifestazioni di tipo sciatalgico, disturbi che persistono e s'irradiano verso il gluteo e la gamba di sinistra. Le posizioni sia in piedi che seduta non possono protrarsi a lungo (massimo 30-60 minuti) a causa dei dolori. La paziente ha la sensazione che tutto l'emicorpo di sinistra sia più colpito di quello di destra. Essa non può portare i pesi se non per brevissimo tempo (circa 6/7 kg), è limitata anche nello stirare (massimo 20 minuti). Dato che i reperti oggettivi sono blandi per quanto riguarda la problematica cervicale, l'esperto inquadra questi dolori sotto l'angolo della

fibromialgia. Effettivamente, dal punto di vista radiologico le alterazioni degenerative della colonna cervicale sono di modesta entità.

Dopo l'esame clinico e strumentale che il caso richiedeva, tenuto conto delle limitazioni funzionali plurisettoriali (cervicale, spalla sinistra, lombare, articolazioni mani/polsi), l'esperto incaricato ha stimato che la paziente non può svolgere attività lavorative pesanti nelle quali debba tenere per tempi prolungati una posizione statica o con la colonna vertebrale leggermente piegata in avanti o debba eseguire movimenti ripetitivi della colonna sia cervicale che lombare con rotazioni e flessioni del tronco e della colonna cervicale; vi sono delle limitazioni nelle attività in cui debba alzare dei pesi superiori a 7,5 kg ripetutamente, ed ove debba alzare il braccio sinistro ripetutamente sopra l'orizzontale o tenere oggetti anche di peso moderato superiore ai 1,5 kg sopra l'orizzontale. In un'attività più leggera che tenga conto delle limitazioni espresse, che permetta all'interessata di alternare la posizione seduta a quella in piedi e permetta una deambulazione, che non comporti posizioni statiche prolungate e di alzare pesi superiori a 5 kg vi sarebbe ancora una capacità di lavoro del 100%.

**10.3.3.** Sotto il profilo neurologico (Dott. Karau) l'esame è praticamente negativo. Questo è stato eseguito per verificare l'esistenza di eventuali sofferenze radicolari in capo alle sindrome cervicali e lombari. Le stesse non sono riscontrabili (ENG nella norma). Sotto questo punto di vista specialistico, la paziente è in buono stato. Nulla da segnalare nell'ambito dei nervi cranici, tono e trofismo muscolare sono nella norma ai 4 arti, il segno di Mingazzini I e II è nella norma, forza muscolare indenne in tutte le sedi, mobilità fine e diadocinesia integre. Il tunnel carpale sinistro è di entità molto leggera. Per quanto riguarda le cefalee, queste sono in stretto nesso con le cervicalgie (sindrome cervico-cefalgica), ma non comportano lesioni di tipo neurologico.

**10.3.4.** Dal lato gastroenterologico (Dott.ssa Schaufelberger) v'è da sottolineare che il Morbo di Crohn non rappresenta più una patologia invalidante. Nel 2002 l'interessata è stata operata con successo di emicolectomia destra con anastomosi ileo trasverso termino terminale. La specialista gastroenterologa osserva che il decorso clinico è stato ottimo; la paziente non ha sviluppato le complicazioni gastrointestinali che possono in seguito immediatamente insorgere (attacchi di enterocolite acuta, fistole anali, stenosi intestinali). La paziente non ha nemmeno necessitato di trattamenti medicamentosi di tipo immuno-soppressori o immuno-modulatori. Analisi ematochimiche ed altri test non hanno evidenziato alcuna eventuale sindrome di malassorbimento o di stato infiammatorio. La situazione clinica è rimasta silente per lungo tempo (perlomeno fino al maggio 2009, mese della visita).

Deve essere tuttavia segnalato che nell'ottobre 2009 l'assicurata ha presentato delle coliche addominali. La nominata è stata seguita dal Dott. Bozzani, gastroenterologo, il quale ha allestito una chiara relazione dell'iter della patologia. Gli esami strumentali effettuati (colonscopia, ecografia addominale, Rx digerente) risultano nei limiti della norma; la paziente, nonostante questi episodi risultava in conservate condizioni di nutrizione e sanguificazione. Il Dott. Bozzani, nel gennaio successivo, descrive una situazione non grave, necessitante solo un'alimentazione lenta, la rinuncia a bibite gassate, a taluni cibi e l'assunzione di alcuni medicinali comuni. Queste novità esibite con la documentazione di replica, esaminate dal Dott. Lehmann (doc. 281, 283), non rappresentano dunque un peggioramento della problematica gastroenterologia, ma unicamente fenomeni passeggeri emendabili. Infatti un altro rapporto del Dott. Bozzani del 15 aprile 2010 conferma il miglioramento della sintomatologia.

**10.4.** I periti del SAM attestano in modo inequivocabile che complessivamente la peritanda ha presentato un miglioramento clinico rispetto alla perizia sempre del SAM del 2002. Vale dunque, come unico elemento invalidante di rilievo ed apprezzabile un tasso d'incapacità di lavoro generale per motivi psichici del 20%. Come rilevato al punto 10.3.1., il parere contrario del Dott. Lehmann non appare condivisibile. Per il resto, alle condizioni sopra descritte (soprattutto le limitazioni di tipo ortopedico), l'interessata potrebbe svolgere, al cento per cento attività di tipo leggero e/o semisedentario nel settore industriale leggero con possibilità di cambiare posizione, addetta alla vendita (commerci di generi non pesanti, chioschi), cassiera con altri compiti per permettere la posizione alternata, fattorina. La nominata non può più accedere, se non in misura ridotta di almeno il 50%, né all'attività di bidella scolastica, né a quella di addetta alla portineria di palazzi se questi compiti comportano sforzi che non le sono consentiti (pulizie).

**10.5.** Secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (DTF 123 V 88 consid. 4c e 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate).

È vero che durante la sua carriera professionale l'insorgente ha svolto principalmente l'attività d'operaia generica del ramo tessile (Zofingen) fino al 1986, addetta alla vendita presso un grande magazzino di B.\_\_\_\_\_, assemblatrice di orologi, donna di pulizie in vari settori poi (scuole, casamenti privati). Si può tuttavia ritenere che, visto il genere d'attività sostitutive in esame e la natura delle sue affezioni, un adattamento del posto di lavoro alle condizioni di salute della ricorrente non risulta necessario ed è di semplice realizzazione. Questo Tribunale osserva pure che alla stessa si presenta un ventaglio

relativamente ampio di professioni possibili in diversi settori, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale. Queste attività potrebbero essere svolte all'80%.

## **11.**

**11.1.** L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione d'eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPGA). Occorre pertanto esaminare se, nell'ambito di attività di sostituzione, l'insorgente presenti un'incapacità di guadagno di rilievo.

**11.2.** Di regola, è ritenuto reddito senza invalidità il salario realmente percepito prima dell'insorgere del danno alla salute, aggiornato al momento determinante per il calcolo dell'invalidità e adeguato all'evoluzione dei salari nominali del settore interessato (tra gli altri VSI 2000 p. 310). Nella fattispecie, non è tuttavia possibile riferirsi all'ultimo salario svolto per i seguenti motivi. In primo luogo l'interessata ha ridotto la sua attività lavorativa già nel 1989 per ragioni di salute e non per motivi familiari e personali. La più grave patologia che la resa invalida è sorta infatti nel 1989 (morbo di Crohn) e progressivamente è avanzata fino a comportare, con altri diversi disturbi, un'invalidità di grado superiore al 70%. In secondo luogo, i redditi dell'interessata erano molto irregolari, in quanto svolgeva contemporaneamente diverse attività lavorative (cfr. i redditi iscritti nel conto individuale, doc. 185).

**11.3.** Nella fattispecie si applicheranno pertanto i dati statistici, sia per determinare il salario precedente l'invalidità che quello da invalida. L'interessata ha soprattutto svolto attività di manovalanza industriale o nei servizi. Questi lavori poco retribuiti appartengono alle classi di salario inserite nel livello di qualifica 4 delle tabelle TA1 edite dall'Ufficio federale di statistica. Per il 2008, il salario lordo per le donne di questa categoria di lavoratori ammontava a Fr. 4'116.- al mese.

**11.4.** Il reddito teorico da attività di sostituzione è da inserire nelle stesse classi retributive. Infatti, in tale settore si trova una molteplice varietà di lavori che possono essere leggeri, semisedentari e ripetitivi e che non necessitano di una particolare formazione. La perdita di guadagno corrisponderebbe dunque all'incapacità lavorativa, ossia del 20%.

Tuttavia, il salario teorico da invalido può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato, quali età ed handicap (DTF 126 V 75). La riduzione massima ammessa anche dalla giurisprudenza è del 25%. L'amministrazione ha operato una riduzione del 15%. Bisogna osservare che l'amministrazione gode di un ampio potere d'apprezzamento che il giudice non può rivedere che in casi dovutamente motivati (sentenza menzionata consid. 5b/bb). Tenendo conto della situazione dell'assicurata, nata nel 1957, visti gli aspetti limitativi e la sindrome polialgica da sottoporre a continua terapia, una riduzione del 15% appare adeguata. Ne risulta dunque un'attività praticabile all'80% in Fr. 3'292,80 (80% di Fr. 4'116.-). Questo importo deve essere ridotto del 15% per fattori personali, ciò che dà Fr. 2'798,90.

**11.5.** Confrontando Fr. 2'798,90 all'importo di Fr. 4'116.- ne risulta una perdita di guadagno del 32%, tasso insufficiente per aver diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

**12.**

Le condizioni di cui all'art. 17 LPGA sono dunque adempiute. La decisione di soppressione della rendita può avere effetto ex tunc, vale a dire a decorrere dal 1° aprile 2007 come da decisione del 1° febbraio 2007 (DTF 129 V 370 e 106 V 18). La decisione qui impugnata del 3 marzo 2010 che sopprime il diritto alla rendita con effetto dal 1° aprile 2007 può essere tutelata ed il ricorso di conseguenza respinto.

**13.**

**13.1.** Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.- sono poste a carico della ricorrente e vengono compensate con l'anticipo versato il 2 novembre 2010.

**13.2.** Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).



**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Le spese processuali, di Fr. 300.-, sono poste a carico della ricorrente. Esse sono compensate con l'anticipo spese di Fr. 300.- già versato.

**3.**

Non sono riconosciute indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- ricorrente (raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif. )
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

### **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 (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 ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: