

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Corte III
C-2713/2006

{T 0/2}

Sentenza del 6 luglio 2007

Composizione: Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio), Stefan Mesmer e Franziska Schneider, giudici

Paola Carcano, cancelliera.

M._____,
ricorrente, patrocinata dall'Avv. Luigi Potenza, via Roma 291, IT-73054
Presicce,

contro

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

concernente
prestazioni dell'assicurazione invalidità.

Ritenuto in fatto:

- A. M._____, cittadina italiana, nata il _____, coniugata, ha lavorato in Svizzera dal 1971 al 1983, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tale periodo (doc. 9). Dopo il rimpatrio, ha continuato ad esercitare un'attività lucrativa, in particolare come commerciante al minuto di generi alimentari fino al 18 marzo 2000, allorquando si è ritirata dal lavoro per ragioni che l'interessata imputa alle sue condizioni precarie di salute (doc. 6, 7 e 11). A far tempo dal 1° aprile 2002 percepisce una pensione di invalidità italiana di complessivi Euro 200.43 mensili (doc. 36).

In data 21 marzo 2002, M._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1 e 2, con rispettivi allegati).

- B. La richiedente è stata visitata il 26 giugno 2002 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano (Lecce), ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di "carcinoma del sigma trattato con emicolectomia sinistra (febbraio 2002) senza segni di localizzazione secondaria in trattamento con chemioterapia" ed ha posto un tasso di invalidità parziale dell'85% per l'ultimo lavoro svolto (doc. 18). In quest'occasione sono stati esibiti documenti oggettivi quali: cartelle cliniche relative all'intervento di emicolectomia per carcinoma del sigma con ricovero protratto dal 28 gennaio al 16 febbraio 2002 e per successive degenze per cura il 4 marzo 2002 e dal 24 al 30 marzo 2002 (doc. 12-17).

Nel suo rapporto dell'11 dicembre 2002, la Dott.ssa E._____, medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato il caso dal profilo delle malattie di lunga durata, ha affermato che la richiedente presenterebbe un'incapacità al lavoro del 33,5% come casalinga (doc. 19-21). Parere quest'ultimo condiviso altresì dal collega, Dott. T._____, nella sua relazione del 10 febbraio 2003 (doc. 30).

Mediante decisione del 24 febbraio 2003 l'UAIE ha pertanto respinto la richiesta di prestazioni di M._____ (doc. 31). Quest'ultima ha formulato in data 1° aprile 2003 tempestiva opposizione contro il predetto provvedimento amministrativo (doc. 39). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto, tra l'altro, una relazione medico legale allestita il 28 marzo 2003 dal Dott. R._____ attestante adenocarcinoma del colon operato e chemiotrattato, gastrite ipersecreativa ed ulcera duodenale, steatosi epatica, sindrome depressiva reattiva e giusta la quale l'assicurata

sarebbe invalida in misura dell'80 % (doc. 38). Ricevuta l'opposizione, l'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. T._____, il quale, nella sua relazione del 21 aprile 2003, ha confermato quanto già espresso in precedenza (doc. 43). Mediante decisione su opposizione del 7 maggio 2003, l'UAIE ha pertanto respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 24 febbraio 2003 (doc. 45). Contro il predetto provvedimento amministrativo, l'assicurata ha presentato in data 11 giugno 2003 tempestivo gravame alla Commissione federale AVS/AI di ricorso per le persone residenti all'estero (CFR). Nelle sue osservazioni ricorsuali del 14 luglio 2003, l'UAIE ha proposto la reiezione dell'impugnativa mentre la ricorrente, in sede di replica, ha ribadito la sua intenzione di mantenere il ricorso. Nel corso di un ulteriore scambio di allegati, le parti si sono riconfermate nelle loro precedenti prese di posizioni. Nel suo giudizio del 28 novembre 2003, la CFR ha rilevato innanzitutto che il grado d'invalidità dell'assicurata doveva essere stabilito mediante il metodo generale (e non specifico della casalinga) ed in secondo luogo che l'istruttoria doveva essere completata mediante l'esperimento di una perizia medica polispecialistica. Di conseguenza, il ricorso è stato accolto e l'incarto rinviato all'amministrazione (doc. 53).

- C. L'amministrazione ha quindi completato l'istruttoria assumendo agli atti la perizia medica pluridisciplinare del 6 settembre 2004 del Servizio di accertamento medico (SAM) dell'Ospedale San Giovanni di Bellinzona (doc. 74) basata su tre consulti specialistici e, segnatamente: oncologico del 15 luglio 2004 del Dott.P._____ (doc. 70), gastroenterologo del 16 luglio 2004 del Dott. A._____ (doc. 71) e psichiatrico del 19 luglio 2004 della Dott.ssa R._____ (doc. 72).

Il SAM ritiene giustificata un'incapacità lavorativa dell'assicurata del 100% in qualunque attività lavorativa dal mese di marzo 2000 fino al mese di marzo 2004 (dal punto di vista gastroenterologo ed oncologico a partire dal mese di marzo 2000 fino alla fine del 2002 mentre dal punto di vista psichiatrico a partire dal mese di gennaio 2002 fino al mese di marzo 2004, ovvero allorquando l'assicurata ha interrotto il trattamento farmacologico). Dopo di che il SAM ritiene giustificata una riduzione della capacità lavorativa del 30%, per la patologia oncologica e gastroenterologica di cui è affetta l'assicurata, in qualunque attività lavorativa (inclusa quella da ultimo esercitata di commerciante di vendita al minuto di prodotti alimentari) a partire dal mese di aprile 2004.

- D. L'UAIE ha quindi sottoposto nuovamente l'incarto al Dott. T._____, il quale, nella sua relazione del 7 ottobre 2004 (doc. 75 e 77), ha affermato che la richiedente presenterebbe un'incapacità al lavoro del 20% dal mese di marzo 2000, del 100% dal 28 gennaio 2002 fino alla fine del mese di settembre del medesimo anno (allorquando l'assicurata ha terminato la chemioterapia) e del 30% dal 1° ottobre 2002 (esclusivamente riconducibile ai postumi oncologici).

Preso atto delle significative divergenze (relative, segnatamente, all'inizio ed alla durata dell'incapacità lavorativa dell'assicurata) tra le conclusioni del Dott. T._____ e quelle del SAM, l'UAIE ha sottoposto il dossier alla Dott.ssa H._____, medico dell'UAIE, la quale, nel suo rapporto (doc. 79), ritiene che non vi sia alcuna ragione che permetta di concludere per una incapacità lavorativa già a partire dal mese di marzo 2000.

Di conseguenza l'UAIE ha richiesto, con scritto dell'11 febbraio 2005, tutta la documentazione medica compresa tra il mese di gennaio 2000 ed il mese di gennaio 2002 relativa alle affezioni gastroenterologiche di cui è affetta l'assicurata (doc. 81). Con scritto del 26 febbraio 2005, M._____ ha quindi prodotto una cartella clinica relativa al ricovero presso l'Ospedale civile "E. Daniele – E. Romasi" di Gagliano del Capo (Lecce) dal 26 al 29 luglio 2000 ed un referto di una visita del 7 dicembre 2000 presso il medesimo ospedale, oltre al questionario per l'assicurato (doc. 82-85).

L'incarto è quindi stato sottoposto nuovamente al Dott. T._____, il quale, nella sua relazione del 14 aprile 2005 (doc. 87), ha confermato integralmente il suo precedente parere del 7 ottobre 2004 relativamente all'inizio ed alla durata dell'incapacità lavorativa dell'assicurata (doc. 75 e 77).

L'UAIE ha quindi sottoposto il dossier al proprio collegio dei medici, il quale, nella relazione del 2 giugno 2005, ha affermato che la richiedente presenterebbe un'incapacità al lavoro del 20% dal 1° marzo 2000 al 27 gennaio 2002, del 70% dal 28 gennaio 2002 fino al 31 marzo 2004 e del 30% dal 1° aprile 2004 (doc. 89).

Con decisioni del 15 agosto 2005, l'UAIE ha quindi riconosciuto all'assicurata un quarto di rendita per il periodo intercorrente tra il 1° giugno ed il 31 agosto 2002 (grado di invalidità: 40% dal 23 giugno 2002) ed una rendita intera (grado di invalidità: 70%) limitatamente però al periodo intercorrente tra il 1° settembre 2002 ed il 30 giugno 2004 (doc. 90-92).

- E. M._____, regolarmente rappresentata dall'avv. Luigi Potenza, ha formulato in data 23 settembre 2005 tempestiva opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative anche dopo la data del 1° luglio 2004 (doc. 93). Nulla ha prodotto a suffragio delle sue conclusioni.

Mediante decisione su opposizione del 27 febbraio 2006, l'UAIE ha respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 15 agosto 2005 (doc. 94).

- F. Con tempestivo gravame del 31 marzo 2006, consegnato alla Posta il 4 aprile successivo, M._____, regolarmente rappresentata dall'avv. Luigi Potenza, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative anche dopo la data del 1° luglio 2004. Nulla ha prodotto a suffragio delle sue conclusioni.
- G. Nella sua risposta del 14 giugno 2006 l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.
- H. Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, l'avv. Luigi Potenza, con scritto del 17 luglio 2006, ha ribadito l'intenzione della propria assistita di mantenere il ricorso.
- I. In data 1° gennaio 2007 il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha ripreso la procedura in oggetto pendente fino al 31 dicembre 2006 davanti alla Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR).
- J. In data 16 aprile 2007 il Tribunale amministrativo federale ha comunicato alle parti la composizione del collegio giudicante. Entro il termine impartito non sono state presentate istanze di ricusa.

Considerando in diritto:

- 1.
 - 1.1 I ricorsi pendenti presso le Commissioni federali di ricorso o d'arbitrato o presso i servizi di ricorso dei dipartimenti il 1° gennaio 2007 sono trattati dal Tribunale amministrativo federale nella misura in cui è competente. È applicabile il nuovo diritto di procedura (cfr. art. 53 cpv. 2 della Legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 [LTAF, RS 173.32]).
 - 1.2 In virtù dell'art. 31 LTAF, questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della Legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate agli art. 33 e 34 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art.

69 cpv. 1 lett. b della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

2.

- 2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Trattasi 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).
- 2.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.
- 2.3 L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.
- 2.4 Per costante giurisprudenza l'ottenimento di una pensione straniera di invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (ATFA causa I 435/02 consid. 2 del 2 febbraio 2003; Revue à l'attention des caisses de compensations (RCC) 1989 p. 330). Alla stessa maniera, dopo l'entrata in vigore dell'ALC, il grado di invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione-invalidità svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

3. Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1) che ha portato alcune modifiche legislative anche nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità. Secondo l'art. 2 LPGA le disposizioni di questa legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Inoltre, l'art. 1 LAI stabilisce che le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

Ai sensi del combinato disposto degli art. 3 lett. d^{bis} PA e 1 cpv. 1 LAI, la procedura in materia di assicurazioni sociali è disciplinata, di principio, dalla LPGA. 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.

Il ricorso è tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

4. Ai fini del presente giudizio occorre preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, sono determinanti, di principio, le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e che, di regola, il giudice delle assicurazioni sociali si basa, ai fini dell'esame della vertenza, sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (DTF 121 V 366 consid. 1b). Trattandosi nel caso in esame di eventuali prestazioni riferite sia ad un periodo antecedente che posteriore al 1° gennaio 2003, occorre distinguere, dal punto di vista del diritto materiale applicabile, i periodi prima e dopo l'introduzione della LPGA, ritenuto tuttavia che le nuove norme (LPGA) non hanno apportato dal punto di vista materiale alcuna sostanziale modifica riguardo ai concetti di incapacità al lavoro, d'incapacità al guadagno, d'invalidità, di raffronto dei redditi e di revisione, e che le nozioni precedentemente sviluppate dalla giurisprudenza rimangono tuttora valide (DTF 130 V 343). Di conseguenza, conformemente al riportato principio dell'applicazione del diritto in vigore al momento in cui sorge il diritto alla prestazione, l'esame relativo all'eventuale insorgenza di un diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità del ricorrente per il periodo fino al 31 dicembre 2002, rispettivamente fino al 31 dicembre 2003, si basa sul diritto in vigore all'epoca (DTF 130 V 329 consid. 2.5 e 445).

Parimenti le modifiche della LAI del 21 marzo 2003, in vigore dal 1° gennaio 2004 (4a revisione della LAI), sono applicabili solo a partire da tale data.

5. La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 21 marzo 2002. In deroga all'art. 24 LPGa, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 21 marzo 2001 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 27 febbraio 2006, data della decisione su opposizione. 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 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6. 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.

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). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGa), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

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 (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato 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).

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.

Ora, la nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). Non spetta quindi al medico graduare l'invalidità, bensì all'amministrazione rispettivamente al giudice, tramite il raffronto dei redditi e, meglio, stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti di integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro, e il reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido (art. 16 LPGGA applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI). 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.

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

(DTF 125 V 353; Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 2001 p. 109).

8. Posto che M._____ è una cittadina italiana residente in Italia che ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale (cfr. doc. 9) e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita (art. 36 cpv. 1 LAI), resta ora da stabilire se ella ha diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera.

9. Una rendita limitata nel tempo corrisponde materialmente ad una revisione e se ne deve pertanto seguire i principi (DTF 125 V 417 consid. 2d). Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita 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 (art. 17 cpv. 1 LPGGA corrispondente materialmente al precedente ed abolito art. 41 LAI).

La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorchè si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità. Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a sè stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'Ordinanza federale su l'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961: OAI, RS 831.201).

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 costatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorchè è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 1 e 2 OAI).

10. Come richiesto dalla CFR, l'amministrazione ha completato l'istruttoria assumendo agli atti la perizia medica pluridisciplinare del 6 settembre 2004 del Servizio di accertamento medico (SAM) dell'Ospedale San Giovanni di Bellinzona (doc. 74) basata su tre consulti specialistici e, segnatamente: oncologico del 15 luglio 2004 del Dott.P._____ (doc. 70), gastroenterologo del 16 luglio 2004 del Dott. A._____ (doc. 71) e psichiatrico del 19 luglio 2004 della Dott.ssa R._____ (doc. 72).

Dalla perizia in questione si evince che l'assicurata è affetta da *“adenocarcinoma mediamente differenziato del colon discendente (diagnosi gennaio 2002, stadio iniziale pT3 pNO MO, stadio Dukes B2) con stato dopo emicolectomia sin. il 7 febbraio 2002, stato dopo 6 cicli di chemioterapia adiuvante con schema 5-Fluoruracile-Lucovorin (aprile-settembre 2002) e follow up oncologico presso l'Ospedale di Gagliano, Lecce, ultimo controllo il 25 giugno 2004 nessuna evidenza di ripresa locale o sistemica della neoplasia”* (diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa) e da *“stato dopo ulcera duodenale recidivante dal gennaio al dicembre 2002, piccolo versamento pericardico circolare senza ripercussioni emodinamiche, stato dopo depressione reattiva prolungata attualmente asintomatica, sindrome lombovertebrale, sovrappeso con BMI di 26 kg/m² ed herpes Zoster al fianco sinistro, netto miglioramento sotto terapia, attualmente in remissione”* (diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa).

Tali diagnosi sono state pure confermate dal Dott. T._____ nelle sue relazioni del 7 ottobre 2004 e del 14 aprile 2005 (doc. 75, 77 e 87) e dal collegio dei medici dell'UAIE nella relazione del 2 giugno 2005 (doc. 89).

Nel caso di specie il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi a cui sono pervenuti i predetti medici.

11.

11.1 Per quanto invece concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, e conseguentemente l'inizio e la durata dell'incapacità lavorativa dell'assicurata, le conclusioni a cui sono giunti i predetti medici risultano essere significativamente discordanti.

Il SAM ritiene giustificata un'incapacità lavorativa dell'assicurata del 100% in qualunque attività lavorativa dal mese di marzo 2000 fino al mese di marzo 2004 (dal punto di vista gastroenterologo ed oncologico a partire dal mese di marzo 2000 fino alla fine del 2002 mentre dal punto di vista psichiatrico a partire dal mese di gennaio 2002 fino al mese di marzo 2004, ovvero allorquando l'assicurata ha interrotto il trattamento farmacologico). Dopo di che il SAM ritiene giustificata una riduzione della capacità lavorativa del 30%, per la patologia oncologica e gastroenterologa di cui è affetta l'assicurata, in qualunque attività lavorativa (inclusa quella da ultimo esercitata di commerciante di vendita al minuto di prodotti alimentari) a partire dal mese di aprile 2004.

Il Dott. T._____, dopo aver precisato che agli atti manca la documentazione medica obiettiva relativa al periodo intercorrente tra il mese di marzo dell'anno 2000 ed il 28 gennaio 2002 e che quindi la perizia del SAM è incompleta, ha affermato nella sua relazione del 7 ottobre 2004 (doc. 75 e 77) che la richiedente presenterebbe un'incapacità al lavoro del 20% dal mese di marzo 2000 fino al 27 gennaio 2002, del 100% dal 28 gennaio 2002 fino alla fine del mese di settembre del medesimo anno (allorquando l'assicurata ha terminato la chemioterapia) e del 30% dal 1 ottobre 2002 (esclusivamente riconducibile ai postumi oncologici). Parere quest'ultimo riconfermato nella sua relazione del 14 aprile 2005 (doc. 87) alla luce altresì della cartella clinica relativa al ricovero presso l'Ospedale civile "E. Daniele – E. Romasi" di Gagliano del Capo (Lecce) dal 26 al 29 luglio 2000 e di un referto di una visita del 7 dicembre 2000 presso il medesimo ospedale, oltre al questionario per l'assicurato, prodotti dalla ricorrente su richiesta dell'UAIE il 26 febbraio 2005 (doc. 81-85).

Il collegio dei medici dell'UAIE nella relazione del 2 giugno 2005 ha affermato che la richiedente presenterebbe un'incapacità al lavoro del 20% dal 1° marzo 2000 al 27 gennaio 2002, del 70% dal 28 gennaio 2002 fino al 31 marzo 2004 e del 30% dal 1° aprile 2004 (doc. 89). In particolare, il collegio specifica che ritiene giustificata un'incapacità al lavoro del 70% anche successivamente al trattamento della chemioterapia (conclusosi alla fine del mese di settembre 2002) in quanto l'assicurata era inoltre in trattamento per la sindrome depressiva diagnosticata nel corso dal mese di marzo 2003 e poi non più rilevata alla fine di marzo 2004. Dopo di che il collegio dei medici ritiene giustificata una riduzione della capacità lavorativa del 30% a causa di lievi dolori somatici in qualunque attività lavorativa e ciò a far tempo da aprile 2004.

- 11.2 Dalla documentazione agli atti si evince che l'assicurata è stata sottoposta ad un intervento di colecistectomia per calcoli nel 1977 con un decorso senza complicazioni. Il 18 marzo 2000 ha cessato ogni attività lavorativa a causa di astenia cronica, dolori addominali per ulcera duodenale e rettoragge. Sottoposta ad una colonoscopia, eseguita il 22 gennaio 2002, è stato diagnosticato un adenocarcinoma infiltrante ad elementi moderatamente differenziati ed il 7 febbraio 2002 è stata sottoposta ad un intervento di emicolectomia sinistra per carcinoma del sigma con degenza all'Ospedale di Gagliano del Capo dal 28 gennaio al 16 febbraio 2002. L'assicurata è stata poi trattata con sei cicli di chemioterapia (a seguito dei quali ha sviluppato una forma di alopecia) fino al mese di settembre del 2002. I disturbi addominali che continua a presentare, nonostante l'intervento chirurgico a cui si è sottoposta, risultano essere riconducibili alle alterazioni anatomiche che ne sono derivate. In ogni caso l'assicurata risulta essere stata sottoposta ad un trattamento adeguato. Gli esami successivamente effettuati, infatti, hanno escluso una ripresa locale o sistemica della neoplasia (ultimo controllo noto all'autorità scrivente: 25

giugno 2004), l'assicurata deve tuttavia sottoporsi a controlli di follow-up oncologici regolari essendo concreto, seppur contenuto, il rischio di una recidiva della neoplasia. Nel frattempo, e più precisamente il 14 marzo 2002, le è stato pure diagnosticato un leggero versamento pericardico con funzione ventricolare conservata e che rimane invariato nel decorso; il resto del cuore risulta essere strutturalmente normale. Per quanto concerne la gastrite ipersecrettiva e l'ulcera duodenale parzialmente cicatrizzata, tali affezioni risultano essere sotto controllo. Alla diagnosi di carcinoma, all'intervento chirurgico ed al trattamento chemioterapico, inoltre, si è associato anche lo sviluppo e la progressiva strutturazione di una sintomatologia compatibile con un episodio depressivo maggiore. Il 17 marzo 2003 le è stata diagnosticata una forma comprensibile di depressione reattiva, trattata con cura psichiatrica fino al mese di agosto del 2003 e con psicofarmacoterapia fino al mese di marzo 2004 allorquando l'interessata ha interrotto il trattamento farmacologico. Dagli atti si evince che, in assenza di qualsiasi trattamento farmacologico, la paziente gode di un buon compenso e gestisce discretamente le dinamiche emotive, con recupero dei rapporti interpersonali. A partire, quindi, dalla fine del mese di marzo 2004 la prognosi psichiatrica appare positiva, fatta salva la possibilità di una recidiva della neoplasia. Dal 2002 l'assicurata soffre altresì di dolori lombari ricorrenti, trattati farmacologicamente con Nimesulide al bisogno. Dagli atti si evince segnatamente che la colonna lombare permette una mobilità in tutte le direzioni ma ridotta di 1/3 con dolori in fine di movimento paravertebrali lombari e che sono presenti processi spinosi dolenti alla pressione digitale e che la muscolatura paravertebrale è molle ma dolente bilateralmente. Stante quanto precede è comprensibile che l'assicurata debba sottoporsi regolarmente a visite di controllo (oncologiche, cardiologiche, gastroenterologiche, radiologiche e di laboratorio ed ambulatoriali). Per quanto invece concerne la forma di steatosi epatica, di cui è affetta l'assicurata, giova ricordare che è una patologia trattabile farmacologicamente. Infine dalla documentazione agli atti si evince altresì che il suo quadro fisico generale risulta essere buono nella misura in cui beneficia di: uno stato di leggero sovrappeso (peso 54 kg per 144 cm di altezza); una pressione a riposo nella norma (120/75) ed un polso arterioso regolare (68/min.); estremità superiori ed inferiori nella norma; marcia sciolta, senza claudicatio, possibile sia sulla punta sia sui talloni; forma normale della cervicale con motilità in tutte le direzioni corrispondente all'età, senza dolori; assenza di segni per lesioni ai menischi (cfr. perizia medica pluridisciplinare del 6 settembre 2004 del Servizio di accertamento medico dell'Ospedale San Giovanni di Bellinzona: doc. 70-72 e 74).

- 11.3 Sulla scorta delle considerazioni che precedono il collegio giudicante è quindi dell'avviso che l'incapacità lavorativa di M._____ in qualunque attività lavorativa è: del 20% dal mese di marzo 2000 fino al 27 gennaio 2002 (a causa dell'astenia cronica, dei dolori addominali per ulcera duodenale e delle rettoraggie), del 100% dal 28 gennaio 2002 (data di entrata all'Ospedale di Gagliano del Capo per l'intervento di emicolectomia sinistra per carcinoma del sigma) fino alla fine del mese di settembre del medesimo anno (allorquando l'assicurata ha terminato la chemioterapia), del 70% dal 1° ottobre 2002 fino al 31 marzo 2004 (allorquando l'interessata ha interrotto il trattamento psicofarmacologico) ed, infine, del 30% dal 1° aprile 2004 in poi (per tenere conto delle problematiche addominali dell'assicurata, in particolare dell'alvo molto irregolare con tendenza alla stipsi, come pure dell'affaticamento precoce accompagnato da una limitazione della performance fisica).
- 11.4 Tenuto conto di un tasso d'incapacità al lavoro del 20% sin dal marzo 2000 e del 100% dal gennaio 2002 e procedendo ad un calcolo retrospettivo sull'arco di un anno, conformemente all'art. 28 cpv. 1 LAI, un'incapacità di lavoro media del 40% si è verificata a partire dal 1° aprile 2002 (3 mesi al 100% e 9 mesi al 20%). In effetti, giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI, il diritto alla rendita nasce al più presto nel momento in cui l'assicurato è stato per un anno incapace al lavoro per almeno il 40% in media, rispettivamente del 50% per il periodo precedente l'entrata in vigore degli Accordi bilaterali (cfr. considerando. 6). Tuttavia nel caso di specie, contrariamente alla regola abituale che definisce l'invalidità nel diritto svizzero, l'incapacità al guadagno non è determinante. Il periodo di attesa può quindi iniziare anche quando l'assicurata non subisce ancora una perdita di guadagno (DTF 105 V 159 consid. 2a, confermato in DTF 121 V 264 consid. 6b/bb). Stante quanto precede, la ricorrente ha diritto ad un quarto di rendita dal 1° aprile 2002 e, posto che a tale data l'incapacità al lavoro dell'assicurata era già al 100% e tenuto conto del termine di 3 mesi prescritto dall'art. 88a cpv. 1 e 2 OAI (cfr. considerando 9), M._____ ha diritto ad una rendita intera dal 1° luglio 2002.
12. Rimane ora da esaminare l'eventuale soppressione del diritto dell'assicurata alla rendita d'invalidità.
- 12.1 Nel considerando 11.3 è stato accertato che lo stato di salute di M._____ si presenta pressochè stazionario dal 1° aprile 2004, data a far tempo dalla quale ella beneficia di una capacità residua di guadagno del 70% in qualunque attività lavorativa. Di conseguenza, il collegio giudicante è dell'avviso che il miglioramento della capacità di guadagno dell'assicurata fissato al 1° aprile 2004 è durato oltre 3 mesi senza interruzione notevole ed è perdurato fino al 27 febbraio 2006, data della decisione su opposizione. Il collegio giudicante è pure dell'avviso che è presumibile che questo miglioramento continuerà a perdurare. Pertanto il diritto dell'assicurata ad una rendita d'invalidità è soppresso, tenuto conto

del termine di 3 mesi prescritto dall'art. art. 88a cpv. 1 e 2 OAI (cfr. considerando 9) a decorrere dal 1° luglio 2004.

13. Sulla scorta delle considerazioni che precedono il ricorso deve essere parzialmente accolto e la decisione impugnata riformata nel senso che M._____ ha diritto ad un quarto di rendita dal 1° aprile al 20 giugno 2002 e ad una rendita intera dal 1° luglio 2002 al 30 giugno 2004. Ella non ha diritto ad alcuna rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità per il periodo successivo al 30 giugno 2004. Alla ricorrente viene tuttavia ricordato che, qualora le sue condizioni di salute dovessero peggiorare in misura tale da attingere di nuovo ad un livello invalidante ai sensi della LAI, ha facoltà di ripresentare una domanda di rendita.

14.

14.1 Poiché nella presente procedura si tratta di decidere il riconoscimento rispettivamente il rifiuto di prestazioni assicurative, non vengono prelevate spese processuali (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore fino al 30 giugno 2006).

14.2 In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato.

Nel caso in esame, visto l'esito del gravame, alla parte ricorrente è assegnata un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-- a carico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1. Il ricorso è parzialmente accolto e la decisione impugnata riformata nel senso che M._____ ha diritto ad un quarto di rendita dal 1° aprile al 30 giugno 2002 e ad una rendita intera dal 1° luglio 2002 al 30 giugno 2004.
2. Gli atti sono rinviati all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero perchè calcoli il montante delle prestazioni spettanti alla ricorrente e versi i relativi arretrati.
3. Non si percepiscono spese processuali.
4. Alla parte ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.--, la quale viene posta a carico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero.
5. Comunicazione:
 - all'avv. Luigi Potenza, raccomandata A/R,
 - all'autorità inferiore (n. di rif. _____), atto giudiziario,
 - all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

Rimedi di diritto:

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, i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

Data di spedizione: