

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Corte III
C-2791/2006

{T 0/2}

Sentenza del 25 giugno 2007

Composizione: Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio), Eduard Achermann ed Alberto Meuli (presidente della Corte), giudici,

Paola Carcano, cancelliera.

L. _____,
ricorrente,

contro

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

concernente
prestazioni dell'assicurazione invalidità.

Ritenuto in fatto:

- A. L._____, cittadina italiana, nata il _____, ha lavorato in Svizzera, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Dal 1995 l'assicurata è alla stata alle dipendenze della Ditta Q._____ di B._____ in qualità di responsabile d'ufficio fino al 31 dicembre 2001 allorquando è stata licenziata per cessazione dell'attività della ditta. A partire dal 1997 l'assicurata ha cominciato a registrare frequenti ed a volte prolungati periodi d'assenza da imputare a malattia.
- B. In data 26 ottobre 2001, L._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'Ufficio AI del Cantone Ticino (UAI) ha fatto allestire una perizia medica dettagliata presso il Servizio di accertamento medico dell'assicurazione per l'invalidità (SAM) di Bellinzona. L'assicurata è stata visitata il 12 e 14 novembre 2002 ed è stata sottoposta a consultazioni specialistiche in ortopedia, pneumologia e psichiatria. Nella loro relazione del 7 febbraio 2003, i periti incaricati, dopo aver effettuato alcuni esami oggettivi ed aver esaminato la documentazione clinica esibita, hanno evidenziato: “diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: asma bronchiale su componente allergica, funzionalità polmonare normale, iperattività bronchiale, ipersensibilità agli acari della polvere, rinocongiuntivite; sindrome cervicolombovertebrale su cervicobrachialgia, artrosi a livello cervicale inferiore; distesie alle mani su pregresso intervento per sindrome del tunnel carpale a destra (aprile 2001), pregresso intervento per pollice a scatto bilaterale (agosto e settembre 2001); diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa: plurime allergie, ipertensione arteriosa sotto trattamento”. Gli esperti del SAM hanno ritenuto l'assicurata inabile al lavoro, come segretaria d'ufficio, in misura del 40%. Ricevuta la relazione specialistica, il Dott. D._____, medico dell'UAI, è giunto, nella sua relazione del 25 marzo 2003, alla medesima conclusione del SAM a far tempo dal 12 febbraio 2001, data a partire dalla quale le assenze al lavoro si sono fatte più frequenti e prolungate. Mediante decisione del 9 luglio 2003 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha pertanto erogato in favore dell'assicurata un quarto di rendita a decorrere dal 1° giugno 2002, ossia dall'entrata in vigore degli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea. A seguito della tempestiva opposizione interposta in data 5 agosto 2003 dall'assicurata, l'istruttoria è stata completata con l'assunzione agli atti di: una perizia dermatologica del 10 marzo 2004 del Dott. M._____, Bellinzona, attestante la diagnosi di psoriasi (cuoio capelluto e leggera ai gomiti); una perizia reumatologica-internistica del 14 aprile 2004 del Dott. M1._____, Lugano, attestante la diagnosi già posta in evidenza presso il

SAM di Bellinzona, oltre a fibromialgia primaria ed asma bronchiale ed un consulto oculistico dell'11 marzo 2004 della Dott. A._____ attestante un sospetto di glaucoma cronico semplice ad angolo aperto. Nel rapporto riassuntivo del SAM del 30 aprile 2004, gli esperti ribadiscono l'esistenza di un tasso d'invalidità massimo, come segretaria d'azienda, del 40% (presenza tutto il giorno ma con rendimento ridotto). Conclusione quest'ultima, condivisa altresì dal Dott. L._____, medico dell'UAI, nel suo rapporto del 21 giugno 2004. Mediante decisione su opposizione dell'8 luglio 2004, l'UAIE ha pertanto respinto l'opposizione dell'assicurata ed ha confermato il diritto ad un quarto di rendita. Con sentenza del 30 settembre 2004 la Commissione federale di ricorso in materia d'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per le persone residenti all'estero (CFR), adita dall'assicurata, ha confermato la predetta decisione su opposizione.

- C. In data 9 marzo 2005, L._____ ha formulato una domanda di revisione della rendita postulando il riconoscimento di un aumento del suo grado di invalidità. A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto un giudizio medico legale della Commissione medica periferica per le pensioni di guerra e di invalidità civile di Como del 14 febbraio 2005 attestante un grado di invalidità dell'assicurata del 60% (doc. 57).

Nel questionario del 21 marzo 2005 l'assicurata ha dichiarato poi che il suo stato generale di salute è peggiorato progressivamente da oltre un anno (in particolare con riferimento a: uso funzionale delle mani, polifibromialgia con limitazioni algofunzionali diffuse, asma bronchiale e rinocongionivite su componente allergica), che non è stata più in grado di assolvere alcun tipo di attività lavorativa dal 1° gennaio 2001, che necessita dell'aiuto di terze persone (in particolare del marito e dei familiari) per assolvere le usuali faccende domestiche (in particolare per: vestirsi e svestirsi all'occorrenza, per preparare i cibi e per spostarsi con l'automobile essendo impossibilitata ad utilizzare i mezzi pubblici) e che quotidianamente, oltre ad assumere farmaci specifici, necessita dell'ausilio di tutori ortopedici durante il giorno (doc. 58).

Nel rapporto medico del 26 marzo 2005 il Dott. M2._____, medico curante dell'assicurata, ha attestato un peggioramento progressivo dello stato di salute dell'assicurata dal dicembre 2003. In particolare, ha evidenziato quale "diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: polifibromialgia con interessamenti articolari e connettivali, osteocondrosi L5-S1, sindrome cervico-spondilogeno, deficit funzionale alle mani, asma bronchiale, rinocongionivite allergica, glaucoma bilaterale, ipertensione arteriosa e quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa: psoriasi, plurime allergie". Ritene altresì che lo stato di salute dell'assicurata è suscettibile di peggioramento. Infine ha attestato che ella ha bisogno di mezzi ausiliari e che deve ricorrere all'aiuto di terzi per svolgere gli atti ordinari della vita da 8 mesi (doc. 63).

Nei suoi rapporti dell'8 e del 14 giugno 2005, il Dott. H._____, medico del servizio medico regionale (SMR), nonostante abbia ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato la nuova documentazione prodotta, è giunto ad una conclusione differente nella misura in cui ritiene che “le indicazioni concernenti lo stato di salute sono di carattere generico e si riferiscono interamente a diagnosi già note ed affezioni oggetto di approfondimenti in sede peritale” ed ha, pertanto, proposto la conferma del precedente grado di capacità lavorativa (doc. 65 e 66).

Mediante decisione del 4 luglio 2005, l'UAIE ha respinto la richiesta di aumento della rendita di invalidità e confermato il diritto dell'assicurata ad un quarto di rendita (doc. 69).

- D. L._____ ha formulato tempestiva opposizione in data 27 luglio 2005 (doc. 70). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto un certificato medico del 27 luglio 2005 del Dott. M2._____ giusta il quale l'assicurata non può svolgere alcuna attività lavorativa a seguito di “costanti e progressivi aggravamenti, già da tempo in essere” ed in quanto “soggetta ad alternanti stati di salute contingenti, non curabili con medicinali”. Infine attesta che lo stato di salute dell'assicurata è suscettibile di “progressivo lento peggioramento” (doc. 70).

Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. H._____, medico dell'SMR, il quale, nel suo rapporto del 9 agosto 2005, ha integralmente confermato i suoi precedenti pareri dell'8 e del 14 giugno 2005 (doc. 75).

In data 27 settembre 2005 (doc. 76) L._____ ha prodotto a complemento della documentazione già esibita con l'atto di opposizione un referto di una visita di medicina toracica del 1° settembre 2005 del Dott. P._____ dell'Ospedale S. Anna di Como, un referto di una risonanza magnetica dell'encefalo del 6 settembre 2005 rilasciato dal Centro diagnostico San Rocco di Como, un rapporto specialistico neurologico del 16 settembre 2005 della Dott.ssa D1._____ dell'Istituto E. Medea, Bosisio Parini (Lecco) ed un rapporto del reparto di ortopedia e traumatologia del 27 settembre 2005 rilasciato dall'Ospedale Fatebenefratelli di Erba (doc. 77) giusta i quali, rispetto alle constatazioni in occasione della perizia del SAM del 30 aprile 2004, le seguenti affezioni: una forma di tenosinovite degli estensori della caviglia destra, una sindrome di apnea morfea ed un'artropatia psoriasica.

Di conseguenza l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. H._____, il quale, nel suo rapporto del 13 ottobre 2005 ha integralmente confermato la sua precedente presa di posizione (doc. 79).

In data 26 novembre 2005 (doc. 80) L._____ ha prodotto, a complemento della predetta opposizione, un giudizio medico legale della Commissione medica periferica per le pensioni di guerra e di invalidità civile di Como del 9 novembre 2005 attestante un grado di invalidità dell'assicurata del 70% (doc. 81).

Mediante decisione su opposizione del 22 maggio 2006, l'UAIE ha respinto l'opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 4 luglio 2005 (doc. 89).

- E. Con tempestivo gravame del 6 giugno 2006 l'assicurata chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo ed il riconoscimento di un tasso d'invalidità del 70%. A suffragio delle sue conclusioni riproduce la documentazione già esibita (doc. 81).
- F. Ricevuto il ricorso per osservazioni, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. D._____, medico dell'UAIE, il quale nel suo rapporto del 17 luglio 2006 ha integralmente confermato il precedente parere del 13 ottobre 2005 del Dott. H._____, medico del servizio medico regionale (SMR; doc. 79).

L'Ufficio AI del Cantone Ticino (UAI), nel suo preavviso del 19 luglio 2006, e l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), nelle sue osservazioni ricorsuali del 31 luglio 2006, propongono, pertanto, la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

- G. Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, l'assicurata con scritto dell'8 agosto 2006, ha ribadito l'intenzione di mantenere il ricorso.
- H. In data 30 agosto 2006 L._____ ha prodotto, a complemento del predetto gravame, un certificato medico del 24 agosto 2006 rilasciato dall'Ospedale Fatebenefratelli di Erba ed un certificato medico del 24 agosto 2006 del Dott. M2._____ attestante: "diagnosi: polifibromialgia con limitazione algofunzionali diffuse (interessamenti articolari e connettivali multipli), poliartrite cronica delle articolazioni delle mani con noduli di H e B, sindrome cicatriziale postchirurgica per progressi interventi alle mani con grave limitazione funzionale delle stesse (sindrome del tunnel carpale dx e pollici a scatto bilaterale), cisti articolari, sindrome cervicospondilogenica, turbe statiche in protrazione della testa, sindrome lombospondilogenica con importante insufficienza muscolare: osteocondrosi L5-S1, osteoporosi, plurime allergie, asma bronchiale su componente

allergica con iperattività bronchiale, ipersensibilità ai pollini, acari e a tutte le sostanze irritanti, rinocongiuntivite allergica, sindrome dell'apnea nel sonno con improvvisi risvegli notturni e sensazioni di soffocamento, dermatite da contatto, colon spastico, ipertensione arteriosa, alcuni focolai di demielinizzazione-gliososi all'encefalo per patogenesi vascolare da ipoperfusione, glaucoma bilaterale (con scotomi periferici) in peggioramento, con deficit visivo, linfonodi ascellari, mastopatia fibrocistica, psoriasi, artrite psoriasica con dolori alle articolazioni, edemi e deficit motori, sindrome depressiva”.

Successivamente, il 6 novembre 2006, L._____ ha prodotto un giudizio medico legale della Commissione medica periferica per le pensioni di guerra e di invalidità civile di Como del 3 ottobre 2006 attestante un grado di invalidità dell'assicurata del 72%. Quindi, il 5 dicembre 2006, ha esibito un'ecotomografia comparativa dei gomiti ed il corrispondente referto del 23 novembre 2006, un certificato medico del 4 dicembre 2006 rilasciato dall'Ospedale Fatebenefratelli di Erba ed una prescrizione rilasciata il 4 dicembre 2006 dall'Ospedale Fatebenefratelli riguardante l'erogazione di forniture protesiche, in data 15 gennaio 2007, un'attestazione del 15 gennaio 2007 riguardante l'erogazione di forniture protesiche, in particolare di un apparecchio ortopedico per arto superiore (doccia per gomito o braccio articolata libera).

- I. L'amministrazione ha quindi sottoposto nuovamente gli atti al Dott. D._____, medico dell'UAIE, il quale nel suo rapporto del 16 gennaio 2007 giunge alla conclusione che la documentazione agli atti non permette di oggettivare una modifica sostanziale dello stato di salute dell'assicurata.

L'Ufficio AI del Cantone Ticino (UAI), nelle sue osservazioni del 19 gennaio 2007, e l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), nella sua duplice del 26 gennaio 2007, propongono, pertanto, la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

- J. In data 21 maggio 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.
- K. In data 15 maggio 2007 L._____ ha prodotto a complemento del predetto gravame, oltre a documentazione già agli atti, una scheda di accettazione del 18 aprile 2007 al pronto soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli per algie al torace, il 4 giugno 2007, una scheda di accettazione del 2 giugno 2007 al pronto soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli per sindrome vertiginosa periferica.

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 dell'assicurazione per l'invalidità 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 adempite 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.
- 4.1 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 LPGGA), 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.

- 4.2 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 LPGA 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 constatato 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 tener 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).

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI 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, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30; RCC 1989 p. 323, consid. 2a). Affinchè sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336).

Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante all'epoca della pronuncia del provvedimento litigioso. Decisioni intercalari confermantici quella iniziale non sono quindi di rilievo come base di paragone. Rilevanti sono unicamente le decisioni intercalari che modificano la rendita corrente sulla base di una nuova valutazione del grado d'invalidità (DTF 133 V pag. 108, 130 V 71, 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30).

- 4.3 Conformemente alla giurisprudenza esposta sub. consid. 4.2 il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra l'8 luglio 2004 (data della decisione su opposizione, confermata con sentenza del 30 settembre 2004 della CFR cresciuta incontestata in giudicato, con la quale l'UAIE ha erogato in favore dell'assicurata un quarto di rendita a decorrere dal 1° giugno 2002) ed il 22 maggio 2006 (data della decisione su opposizione, qui avversata, che ha confermato il diritto dell'assicurata solo ed esclusivamente ad un quarto di rendita).

5.

- 5.1 Il Tribunale 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).

- 5.2 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). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il Tribunale federale ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212). Secondo il Tribunale federale i centri medici di accertamento dell'AI non possono essere considerati parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe

obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (DTF 123 V 178; Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 2001 pag. 110). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In DTF 125 V 351 il Tribunale federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354). 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; Pratique VSI 2001 p. 109).

6.

6.1 Dalla documentazione agli atti si evince che l'assicurata è affetta da: “diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: asma bronchiale su componente allergica, funzionalità polmonare normale, iperattività bronchiale, ipersensibilità agli acari della polvere, rinocongiuntivite; sindrome cervicolumbovertebrale su cervicobrachialgia, artrosi a livello cervicale inferiore; distesie alle mani su pregresso intervento per sindrome del tunnel carpale a destra (aprile 2001), pregresso intervento per pollice a scatto bilaterale (agosto e settembre 2001); diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa: plurime allergie, ipertensione arteriosa sotto trattamento”. A queste patologie devono poi essere aggiunte le seguenti affezioni: psoriasi (cuoio capelluto e leggera ai gomiti), fibromialgia primaria ed un glaucoma bilaterale (perizia SAM del 7 febbraio 2003, perizia dermatologica del 10 marzo 2004, perizia reumatologica-internistica del 14 aprile 2004, perizia oculistica dell'11 marzo 2004 e perizia SAM del 30 aprile 2004).

Tale diagnosi è stata confermata dal Dott. D._____, medico dell'UAI, nella sua relazione del 25 marzo 2003 e dal Dott. L._____, medico dell'UAI, nel suo rapporto del 21 giugno 2004.

Dalla documentazione agli atti si evince inoltre che l'assicurata, successivamente alla perizia del SAM del 30 aprile 2004, ha sviluppato le seguenti patologie: una forma di tenosinovite degli estensori della caviglia

destra, una sindrome di apnea morfea ed un'atropatia psoriasica (doc. 77).

Tale diagnosi è stata confermata dal Dott. H._____, medico dell'SMR, nel suo rapporto del 13 ottobre 2005 (doc. 79).

- 6.2 In data 26 marzo 2005 il Dott. M2._____, medico curante dell'assicurata, ha attestato un peggioramento progressivo dello stato di salute dell'assicurata, la quale ha bisogno di mezzi ausiliari e deve ricorrere all'aiuto di terzi per svolgere gli atti ordinari della vita da 8 mesi. Il 27 luglio 2005 il medico curante dell'assicurata ha precisato inoltre che l'assicurata non può svolgere alcuna attività lavorativa a seguito di "costanti e progressivi aggravamenti, già da tempo in essere" ed in quanto "soggetta ad alternanti stati di salute contingenti, non curabili con medicamenti" (doc. 63 e 70).

Ora, le indicazioni del medico curante dell'assicurata concernenti il suo stato di salute, oltre a riferirsi a diagnosi già note ed approfondite in sede peritale, risultano essere estremamente generiche. In quest'ottica pertanto i suoi rapporti (segnatamente del 26 marzo e del 27 luglio 2005) non ossequiano sufficientemente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposta sub. consid. 5 e, quindi, neppure sono atti a comprovare obiettivamente una modifica sostanziale dello stato di salute dell'assicurata. Motivo per cui il collegio giudicante condivide la medesima conclusione a cui è giunto il Dott. H._____, medico del servizio medico regionale (SMR), nei suoi rapporti dell'8 e del 14 giugno 2005 e del 9 agosto 2005 (doc. 65, 66 e 75).

- 6.3 Chiamato nuovamente ad esprimersi, il Dott. H._____ ha redatto un rapporto in data 13 ottobre 2005 rilevando, in particolare, che l'apnea morfea è trattabile farmacologicamente (ciò che esclude un'inabilità lavorativa dell'assicurata), che la tendosinovite alla caviglia destra è una sintomatologia dolorosa però trattata con l'applicazione di uno stivaletto gessato (a seguito della quale consegue un periodo d'inabilità lavorativa totale limitata ad alcune settimane) e che la specialista neurologica ha escluso una patologia neurologica all'origine dei disturbi dell'assicurata. Di conseguenza, egli conferma che non risulta essere documentato un peggioramento dello stato di salute dell'assicurata (doc. 79).

Detto parere è pure avallato dal Dott. D._____, medico dell'UAI, nella sua relazione del 17 luglio 2006, nella quale rileva inoltre, con specifico riferimento al giudizio medico legale del 9 novembre 2005 della Commissione medica periferica per le pensioni di guerra e di invalidità civile di Como prodotto dall'assicurata il 26 novembre 2005, che le patologie ivi attestate (polifibromialgia, glaucoma bilaterale, asma bronchiale) sono già note e valutate nell'ambito delle perizie del SAM mentre la sindrome delle apnee del sonno, oltre ad essere trattabile, è di lieve entità e, quindi, non ha influsso sulla capacità lavorativa residua.

Nel caso di specie, il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono pervenuti il Dott. H._____ ed il Dott. D._____ nei loro rapporti rispettivamente del 23 ottobre 2005 e del 17 luglio 2006. Dopo aver compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurata sulla base della documentazione obiettiva messa a disposizione dalla stessa, infatti, i medici in questione hanno redatto delle relazioni mediche, con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), chiare nella presentazione del contesto medico ed, infine, che giungono a conclusioni logiche e motivate. Le predette relazioni mediche ossequiano ampiamente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposta sub. consid. 5.

- 6.4 Stante quanto sopra esposto il collegio giudicante è quindi dell'avviso che lo stato di salute dell'assicurata tra l'8 luglio 2004 ed il 22 maggio 2006 non si è modificato in modo notevole e che, nelle predette condizioni, l'interessata era inabile al lavoro nella sua precedente professione (quale segretaria d'azienda) in misura del 40% (presenza tutto il giorno ma con rendimento ridotto) nel periodo di riferimento. Di conseguenza, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.
- 6.5 Per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, ritenuto che i fatti accaduti posteriormente (e che hanno modificato questa situazione) devono di regola formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1, DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 127 V 467 consid. 1 e DTF 121 V 366 consid. 1b). Eccezionalmente, il giudice delle assicurazioni sociali può anche tener conto, per motivi d'economia procedurale, dei fatti intervenuti posteriormente, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso e nella misura in cui essi siano strettamente legati all'oggetto della causa e siano suscettibili di facilitare l'accertamento delle circostanze rilevanti (DTF 105 V 161 consid. 2d, DTF 103 V 53 consid. 1, DTF 99 V 101 consid. 4; RCC 1980 pag. 263, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3).

Successivamente al 22 maggio 2006 l'assicurata ha prodotto una cospicua documentazione medica (attestante, in parte, anche delle affezioni nuove) che deve formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo. Trattasi segnatamente di: un certificato medico del 24 agosto 2006 rilasciato dall'Ospedale Fatebenefratelli di Erba, un certificato medico del 24 agosto 2006 del Dott. M2._____, un giudizio medico legale della Commissione medica periferica per le pensioni di guerra e di invalidità civile di Como del 3 ottobre 2006 attestante un grado di invalidità dell'assicurata del 72%, un esame ecotomografico comparativo dei gomiti ed il corrispondente referto del 23 novembre 2006, un certificato medico

del 4 dicembre 2006 rilasciato dall'Ospedale Fatebenefratelli di Erba ed una prescrizione rilasciata il 4 dicembre 2006 dall'Ospedale Fatebenefratelli riguardante l'erogazione di forniture protesiche, un'attestazione del 15 gennaio 2007 riguardante l'erogazione di forniture protesiche e più precisamente di una doccia per arto superiore articolata libera, una scheda di accettazione del 18 aprile 2007 al pronto soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli per algie al torace ed una scheda di accettazione del 2 giugno 2007 al pronto soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli per sindrome vertiginosa periferica.

L'incarto deve quindi essere rinviato all'UAIE affinché proceda all'apertura di una nuova procedura di revisione sulla scorta della predetta documentazione medica prodotta dall'assicurata.

7. Non si prelevano spese (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore fino al 30 giugno 2006). Non vengono accordate ripetibili (art. 64 cpv. 1 PA a contrario).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1. Il ricorso è respinto e la decisione impugnata del 22 maggio 2006 è confermata.
2. Gli atti sono trasmessi all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero affinché proceda ad una nuova revisione conformemente a quanto esposto al considerando 6.5.
3. Non si prelevano spese processuali. Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.
4. Comunicazione:
 - alla ricorrente (raccomandata A/R),
 - all'autorità inferiore (n. di rif. _____),
 - 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).

Il presidente della Corte:

La cancelliera:

Alberto Meuli

Paola Carcano

Data di spedizione: