



---

Corte III  
C-4591/2007  
{T 0/2}

## **Sentenza del 7 settembre 2009**

---

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio);  
Madeleine Hirsig, Franziska Schneider;  
Cancelliere: Dario Croci Torti.

---

Parti

A.\_\_\_\_\_, rappresentata dal Patronato INAS,  
via G. Lanz 25, 6850 Mendrisio,  
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 5 giugno 2007)

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

A.\_\_\_\_\_, cittadina italiana, nata il \_\_\_\_\_, divorziata con figli, ha lavorato in Svizzera dal 1985 al 1992 e dal 2001 al 2004, solvendo i contributi all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), durante tale periodo. Dall'aprile 2001 era alle dipendenze della ditta P.\_\_\_\_\_ di Riva San Vitale in qualità di operaia, in ragione di 45 ore settimanali e per un salario adeguato alla sua qualifica. Per problemi di salute, non si è più presentata al lavoro dal 30 giugno 2004 ed è stata licenziata con effetto 31 maggio 2005.

In data 6 settembre 2005, A.\_\_\_\_\_ ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha esibito un certificato del Dott. Kinga ed altri referti attestanti gli esiti di una discectomia C4-5 dell'aprile 2000, esiti di decompressione di S1 per emergenza radicolare nell'aprile 2004.

Dalla perizia medica particolareggiata del 6 ottobre 2005 dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Como, che accompagna la domanda di rendita, emerge la diagnosi di importante sindrome algica e disfunzionale alla colonna cervico e lombosacrale in esiti di intervento di discectomia C4-5 con fissazione di placca di codman e viti su C4-5 per instabilità vertebrale, successivo intervento di decompressione osteoligamentosa di S1 per duplice emergenza radicolare in colonna vertebrale con documentate sofferenze pluridiscali ed un grado d'invalidità del 70%.

**B.**

Ricevuta la domanda di prestazioni, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Cantone Ticino ha sottoposto il caso al proprio medico di fiducia, Dott. Heinz Klauser, il quale, nella sua relazione del 3 gennaio 2006, ha proposto una visita specialistica in reumatologia. Ad atti è pervenuta la seguente documentazione di rilievo:

- il mansionario relativo ai compiti ed alle modalità di svolgimento del lavoro effettuato dall'interessata per la ditta per la quale ha lavorato fino a giugno 2004;
- gli atti relativi all'intervento di discectomia dell'aprile 2001;

- atti riguardanti cure di riabilitazione motoria del 2002 e risultati di visite endocrinologiche della stessa epoca;
- il rapporto di degenza ospedaliera dal 25 agosto al 24 settembre 2004 per ciclo di riabilitazione neuromotoria in esiti di discectomia C4-C5 ed ernia discale foraminale sinistra L5-S1;
- un rapporto d'esame endocrinologico del 1° settembre 2004;
- atti riguardanti l'intervento di decompressione osteolegamentosa di S1 per duplice emergenza radicolare del 29 ottobre 2004;
- verbale di intervento per problemi algici/radicolarli del 21 giugno 2005;
- una relazione clinica concernente il ricovero in regime di day-hospital dal 1° al 14 luglio 2005 per interventi di blocchi peridurali selettivi;
- diversi reperti di risonanza magnetica (RMN) e tomografie assiali computerizzate (TAC) dei tratti cervicali e dorso-lombari del 2004-2006, nonché verbali di pronto soccorso per cure prestate ed interventi di blocchi peridurali;
- l'incarto della Cassa malati (CM) Winterthur contenente, fra l'altro, un rapporto del Dott. Heitmann, specialista in medicina interna, Chiasso, del 12 agosto 2004 (all'intenzione della CM), il quale rileva la nota diagnosi e l'incapacità al lavoro totale della paziente;
- l'incarto dell'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI/SUVA) in merito ad una distorsione alla caviglia destra del giugno 2003 (inabilità fino al 30 giugno successivo) ed una lesione cervicale (inabilità dal 19 luglio al 7 agosto 2004; già in malattia).

La perizia chiesta dall'Ufficio AI cantonale è stata eseguita dal Dott. Goldinger il 26 aprile 2006 (rapporto del 2 maggio successivo). L'esperto incaricato ha evidenziato la diagnosi di *"sindrome del dolore cronico all'emisoma sinistro con irritabilità diffusa delle parti molli di tipo fibromialgico in stato dopo discectomia C4/5 per via anteriore con spondilodesi intersomatica per ernia discale (17 aprile 2000), sviluppo di una iniziale osteocondrosi C5/6, stato dopo discectomia ed erniotomia L5/S1 (28 ottobre 2004) con cicatrici epidurali in sede foraminale a sinistra e protrusione discale residuale"*; l'esperto

incaricato ha ritenuto un tasso d'invalidità del 50% in attività leggere e semplici come la precedente.

L'Ufficio AI cantonale, su proposta del reumatologo, ha fatto eseguire una perizia psichiatrica. Questa è stata eseguita il 12 ottobre 2006 (data del rapporto 27 ottobre 2006) dalla Dott.ssa Santollino, la quale ha evidenziato la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente in disturbo della personalità istrionico; la specialista valuta una riduzione del rendimento pari al 50% con una diminuzione della capacità al lavoro non superiore al 30%.

I due specialisti sono stati invitati dal medico dell'Ufficio AI cantonale (note del 4 dicembre 2006 e dell'11 gennaio 2007 del Dott. Klauser) a precisare la capacità al lavoro residua dell'assicurata. Il Dott. Goldinger, nella sua comunicazione del 17 gennaio 2007, ha ritenuto una capacità di lavoro del 70% per le attività rispettose delle indicazioni da lui descritte (presenza ridotta con rendimento normale); la Dott.ssa Santollino, nella sua comunicazione dell'8 gennaio 2007, ha confermato che l'interessata può svolgere un'attività consona alle sue capacità in misura del 70%, con un rendimento ridotto del 50%; al limite, osserva la Dott.ssa Santollino, la paziente potrebbe svolgere anche lavori a tempo pieno, ma con rendimento ridotto del 50%.

Sulla base di queste conclusioni, il Dott. Klauser, nella nota del 23 gennaio 2007, ha ritenuto un tasso d'incapacità lavorativa del 30% nelle attività rispettose delle indicazioni e limitazioni spiegate dal Dott. Goldinger.

L'incarto è stato sottoposto al consulente in integrazione professionale (CIP), il quale, procedendo ad un'indagine comparativa dei redditi, ha ritenuto che l'interessata non subirebbe alcuna perdita di guadagno a causa della sua invalidità, posto un salario privo d'invalidità di Fr. 29'900.- ed un introito dopo l'insorgenza dell'invalidità (già ridotto del 30%) di Fr. 34'349.- (dati del 2005).

Un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative è stato inviato il 2 aprile 2007 al Patronato INAS di Mendrisio, regolare rappresentante di A.\_\_\_\_\_. Ribadendo la richiesta di prestazioni, l'assicurata ha prodotto documentazione medica, segnatamente un certificato del 20 aprile 2007 del Dott. Glittar attestante un'ernia discale multipla cervicale e lombare in trattamento epidurale con elettrostimolatore; una cartella clinica del dicembre 2006

attestante una sintomatologia radicolare neuropatica ed impianto di elettrostimolatore midollare; referti circa problemi di dermatite da allergie del marzo 2007.

Nel suo rapporto del 22 maggio 2007, il Dott. Klauser ha affermato che la documentazione esibita non poneva in evidenza sostanziali modifiche rispetto ai precedenti accertamenti peritali.

Mediante decisione del 5 giugno 2007, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), ufficio competente per la notifica, ha respinto la domanda di rendita.

### **C.**

Con il ricorso depositato il 5 luglio 2007, A.\_\_\_\_\_, sempre rappresentata dal Patronato INAS, chiede, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera AI. A suffragio delle sue conclusioni produce una relazione del Dott. Atyeh, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, Varese, il quale ritiene la paziente inabile in misura del 75% in qualsiasi tipo d'attività. Esibisce inoltre documenti riguardanti i problemi allergologici.

### **D.**

Ricevuto il ricorso, l'Ufficio AI cantonale ha dapprima sottoposto gli atti al Dott. Erba, del proprio servizio medico, il quale, nel suo rapporto del 7 agosto 2007, ha affermato che la perizia del Dott. Atyeh non pone in evidenza ulteriori patologie di rilievo ed il giudizio del Dott. Goldinger dovrebbe quindi essere confermato. Dal punto di vista dell'affezione dermatologica, il Dott. Erba annota che l'assicurata non è più idonea ad intraprendere attività contro-indicate in quel senso, per cui propone di sottoporre il caso al Consulente in integrazione professionale (CIP). Chiamato ad esprimersi, il CIP ha indicato che, a parte alcune limitazioni oggettive dovute ad allergie, il precedente rapporto del 26 marzo 2007 deve essere confermato.

Nella sua risposta di causa del 13 agosto 2007, l'Ufficio AI del Cantone Ticino propone la reiezione del ricorso. Anche l'UAIE, nelle sue osservazioni del 17 agosto 2007, propone la reiezione del gravame.

### **E.**

Dopo aver preso atto delle osservazioni dei rispettivi uffici AI, il Patronato INAS, con scritto del 22 ottobre 2007, ha ribadito

l'intenzione della propria assistita di mantenere il ricorso. Esibisce un nuovo certificato del Dott. Klinga del 19 settembre 2007, nel quale si riferisce che la patologia ortopedica/neurologica è sempre più ingravescente e che la paziente, che cammina con l'ausilio di stampelle, richiede l'aiuto permanente di terza persona per compiere gli atti quotidiani della vita. La parte ricorrente contesta anche il calcolo comparativo dei redditi eseguito dall'amministrazione ritenendo errato porre, da una parte, il salario statistico nazionale per le attività di sostituzione e, dall'altra, il salario da persona valida effettivamente percepito, non tenendo conto di un salario medio nazionale relativo all'attività svolta in precedenza. In altre parole, la parte ricorrente chiede l'applicazione del principio del cosiddetto "parallelismo" di calcolo, nel senso che, nei casi come quelli in esame, nel calcolo comparativo dei redditi occorre adeguatamente ridurre anche il salario da invalido o aumentare, secondo le statistiche, anche quello da valido. Parimenti, l'insorgente vista anche la patologia dermatologica, contesta l'esigibilità di gran parte delle mansioni indicate come possibili da parte dell'amministrazione.

#### **F.**

Con ordinanza del 29 ottobre 2007, la parte ricorrente è stata invitata a voler versare l'importo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detta somma è stata regolarmente versata il 15 novembre 2007.

#### **Diritto:**

##### **1.**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (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 sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 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** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (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 ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). La ricorrente ha versato l'anticipo corrispondente alla presunte spese processuali, entro il termine impartito. Il gravame è dunque ricevibile, 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.

**3.3** 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.

#### **4.**

Ai fini del presente giudizio occorre altresì preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, non trovano applicazione le modifiche della LAI del 6 ottobre 2006 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5a revisione della LAI). Di seguito vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

#### **5.**

La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 6 settembre 2005. In deroga all'art. 24 LPGGA, 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 il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 6 settembre 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 5 giugno 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

#### **6.**

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera,

un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

La ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

## **7.**

**7.1** 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.

**7.2** 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). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter 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.

**7.3** 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 (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).

**7.4** 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.

## **8.**

**8.1** A.\_\_\_\_\_ ha lavorato fino al 30 giugno 2004, dopo essere già stata assente dal lavoro per ragioni di salute dal 1° al 31 marzo 2004. Nel corso della sua carriera lavorativa, la nominata è stata operaia nel settore della plastica, cucitrice, ausiliaria in ospedale, operaia del settore orologiero e, da ultimo, operaia comune addetta alle presse (settore gomma).

**8.2** 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; 110 V 275, 105 V 207). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). 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; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

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, 105 V 158). 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).

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.

Secondo il Dott. Goldiger, reumatologo, al quale l'Ufficio AI cantonale ha affidato l'indagine ortopedica, la paziente soffrirebbe di una sindrome del dolore cronico nell'emisoma sinistro, irritabilità diffusa delle parti molli di tipo fibromialgico in esiti di discectomia C4/C5 il 17 aprile 2000, esiti di discectomia ed erniotomia L5/S1 il 28 ottobre 2004 (rapporto del 2 maggio 2006). Dal punto di vista psichiatrico, la Dott.ssa Santollino rileva una sindrome somatoforme da dolore persistente in disturbo della personalità di tipo istrionico.

Ora, tali quadri diagnostici differiscono da quelli evidenziati dai sanitari italiani, i quali non rilevano alcuna fibromialgia o disturbo da dolore somatoforme. Nemmeno il medico dell'INPS (perizia dell'ottobre 2005) fa cenno a tale processo morboso, ma insiste su di un'importante sindrome algica e disfunzionale alla colonna cervico e lombosacrale come esito di interventi di discectomia C4-C5 per instabilità vertebrale e di intervento per duplice emergenza radicolare in colonna vertebrale con documentate sofferenze pluridiscali. Si aggiunga, ancora, che neanche il Dott. Heitmann, medico fiduciario della CM Winterthur, ha fatto cenno ad un'eventuale fibromialgia, ma attribuito lo stato patologico senza dubbio invalidante ad una lombosciatalgia sinistra residua e cronica con decorso non influenzabile dai vari presidi terapeutici e dai trattamenti farmacologici di ogni tipo.

La fibromialgia è una sindrome caratterizzata da dolore muscolare cronico diffuso associato, a volte, a rigidità, possiede delle comorbidità complesse e, in generale, si caratterizza per un'assenza di indici di infiammazione od evidenti riscontri oggettivi strumentali. Ora, come

viene precisato dai sanitari ospedalieri che ripetutamente dal 2004 al 2007 si occupano dell'interessata, nella fattispecie, ci si trova in presenza di un "Failed back surgery syndrome" (FBSS). Si tratta, in breve, di una sindrome da fallimento chirurgico spinale soprattutto per quel che concerne gli esiti cicatriziali. La situazione patologica è oggettiva, la sofferenza credibile poiché dimostrata. Contrariamente a quanto ritenuto dall'autorità inferiore, non è quindi la fibromialgia che giustificerebbe l'incapacità lavorativa. In questo senso si veda anche la perizia del Dott. Atyeh del 29 giugno 2007. Come viene ben spiegato da quest'ultimo medico, dopo il marzo 2004, la paziente presenta un continuo e permanente stato di sintomatologia parestesistica dell'emisoma sinistro che si estende dal volto fino all'arto inferiore. L'iter interventistico che ne è conseguito, depone per una sindrome algica oggettivamente presente. E infatti, in ottobre 2004, urge un intervento di decompressione osteolegamentosa di S1 che presentava una duplice emergenza radicolare; nel marzo 2005, la sintomatologia persiste (visita al Prof. Valle il 29 marzo); nel maggio 2005 durante una visita neurochirurgica all'Ospedale san Raffaele di Milano, gli esami oggettivi mostrano un abbondante tessuto cicatriziale foraminale L5/S1 e l'EMG depone, inequivocabilmente, per una sofferenza cronica da L5 a S1 a sinistra; nel giugno successivo cominciano tre primi trattamenti con tre blocchi peridurali, poi ripetuti nel luglio 2005 con scarso successo; nel corso della visita neurochirurgica del dicembre 2005 la sintomatologia è sempre persistente; nel giugno 2006 vengono operati altri tre blocchi peridurali con modesto beneficio ed altri ancora ne seguono; i dolori riappaiono vivi (impegno radicolare, dolore neuropatico) nell'agosto 2006 e seguono innumerevoli blocchi peridurali; il 25 ottobre 2006 viene installato un impianto elettrostimolatore midollare provvisorio poi espantato; nel dicembre successivo viene impiantato quello definitivo, ma la paziente sviluppa un'intolleranza; nel giugno 2007 questo impianto viene tolto.

L'esame obiettivo effettuato dal Dott. Atyeh (pag. 6) attesta gravi limitazioni funzionali ed una sindrome algica. Perlomeno dalla data di cessazione dell'attività alla data della perizia del Dott. Atyeh, non può essere esclusa un'incapacità lavorativa completa in un'attività lavorativa leggera. I molteplici interventi clinici in diverse strutture ospedaliere (si vedano tutte le certificazioni sanitarie delle varie unità sanitarie italiane) giustificerebbero (anche semplicemente per motivi di tempo) l'impossibilità per la paziente di dedicarsi ad un'attività lavorativa.

A questo quadro patologico di carattere neurologico/ortopedico si aggiunge una sindrome allergica molto importante che, di fatto, rende ulteriormente problematico il reinserimento dell'interessata in un consono settore produttivo.

Notevoli divergenze esistendo già sul piano diagnostico, il collegio giudicante non può dirimere le differenze di valutazione, peraltro nette, tra i diversi periti interpellati. Va comunque annotato che, nel caso in esame, l'amministrazione, dopo aver preso atto delle principali affezioni affliggenti l'assicurata, avrebbe dovuto affidare l'incarico della perizia ad un neurologo e non ad un reumatologo/fisiatra.

Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessata.

## **10.**

**10.1** In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incanto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione dopo avere completato l'istruttoria. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incanto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere.

**10.2** L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo di cognizione giudiziaria. L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine la ricorrente dovrà essere sottoposta a perizie in neurologia/ortopedia, psichiatria e dermatoallergologia.

Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

## **11.**

**11.1** Non vengono prelevate spese processuali. L'anticipo spese di Fr. 300.-, versato dalla ricorrente il 15 novembre 2007, le viene retrocesso.

**11.2** 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, vista la memoria di ricorso e quella di replica, nonché la refertazione esibita, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-, da porre a carico dell'UAIE.

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

**1.**

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 5 giugno 2007, l'incarto è rinviato all'UAIE perché proceda ai sensi del considerando 10 e statuisca di nuovo.

**2.**

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo delle spese processuali di Fr. 300.-, versato dalla ricorrente le viene restituito.

**3.**

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-, la quale è posta a carico dell'UAIE intimato.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (atto giudiziario)
- 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, nella misura in cui sono rispettate le condizioni degli 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: