



---

Corte III  
C-827/2007  
{T 0/2}

## Sentenza del 26 settembre 2008

---

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),  
Francesco Parrino, Michael Peterli,  
cancelliera Paola Carcano.

---

Parti

T.\_\_\_\_\_,  
rappresentata dal Patronato INAS\_\_\_\_\_,  
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

prestazioni dell'assicurazione invalidità.

**Fatti:**

**A.** T.\_\_\_\_\_, cittadina italiana, nata il \_\_\_\_\_, divorziata dal \_\_\_\_\_, ha lavorato in Svizzera dal 1969 al 1973, dal 1977 al 1980 e nel 1997 solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tali periodi. Rientrata in Italia, ha lavorato quale operaia addetta all'assemblaggio di materie plastiche dal 16 marzo 1999 fino al luglio 2003 allorquando ha iniziato ad assentarsi dal lavoro per periodi anche prolungati (luglio-ottobre 2003, novembre 2003-23 giugno 2004, 7 settembre-12 novembre 2004 e dal 10 gennaio 2005 in poi) a causa di malattia. È stata licenziata, con effetto dal 7 luglio 2005, per trasferimento di azienda. In data 14 giugno 2004, T.\_\_\_\_\_, ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1-12, 39, 44-47).

**B.** L'assicurata è stata visitata il 16 febbraio 2005 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di V.\_\_\_\_\_, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di "Lupus Eritematoso Sistemico (LES) in controllo terapeutico, paralisi del VII sin da TPL radicale" ed ha posto un tasso di invalidità parziale del 50% in relazione all'ultima attività lavorativa svolta (precisando che l'assicurata è idonea ad esercitare un'attività diversa dall'ultimo lavoro svolto e può essere riadattata) senza tuttavia esprimersi in merito ad un'attività lavorativa adeguata alle sue condizioni (doc. 32).

È stata inoltre esibita la seguente documentazione medica obiettiva: un certificato medico del 5 dicembre 2001 (doc. 13), un referto cardiaco del 2 ottobre 2001 (doc. 14), il referto di un esame ecocardiografico 2D e color doppler del 2 ottobre 2001 (doc. 15), un certificato medico del 30 ottobre 2001 (doc. 16), il referto di un esame ecocardiografico mono e bidimensionale doppler e color doppler del 10 dicembre 2002 (doc. 17), due certificati medici segnatamente dell'8 aprile e del 4 agosto 2003 (doc. 18 e 19), il referto di una capillaroscopia ungueale del 16 luglio 2003 (doc. 20), il referto di una mineralometria ossea computerizzata del 2 ottobre 2001 (doc. 21), un certificato medico del 10 settembre 2003 (doc. 22), una lettera di dimissione relativa al ricovero dal 17 al 22 novembre 2003 per paralisi otogena del VII° nervo cranico sinistro (doc. 23), il referto di una RM dell'encefalo senza e con MDC del 12 dicembre 2003 (doc. 24), una lettera di dimissione relativa al ricovero dal 27 novembre al 19

dicembre 2003 per esiti di otite cronica sinistra (doc. 25), una lettera di dimissione relativa al ricovero dal 28 dicembre 2003 al 16 gennaio 2004 per paralisi del VII° nervo cranico di sinistra in esiti di meringoplastica e successiva timpanoplastica radicale in paziente affetta da LES (doc. 26), una lettera di dimissione del 27 febbraio 2004 relativa al ricovero per paralisi del VII° nervo cranico di sinistra in esiti di meringoplastica e successiva timpanoplastica radicale in paziente affetta da LES (doc. 27), un certificato medico del 7 aprile 2004 (doc. 28), una lettera di dimissione relativa al ricovero dal 13 al 21 aprile 2004 per paralisi periferica del VII° nervo cranico di sinistra in esiti di meringoplastica e successiva timpanoplastica radicale in paziente affetta da LES (doc. 29), una lettera di dimissione relativa al ricovero dal 6 all'11 giugno 2004 per vertigini in quadro di paralisi periferica del VII° nervo cranico di sinistra in esiti di meringoplastica e TPL sinistra in paziente affetta da LES (doc. 30) ed il referto di una TC lombosacrale senza MDC e di una TC della colonna dell'8 febbraio 2005 (doc. 31). È stato pure esibito un certificato medico del 27 aprile 2005 (doc. 33).

È stato inoltre prodotto il questionario del datore di lavoro del 28 aprile 2005 (doc. 10 e 39) e, in data 17 maggio 2005, sono pervenuti all'amministrazione anche il questionario dell'assicurato ed il questionario complementare alla richiesta di prestazione (doc. 11 e 12).

**C.** Nel suo rapporto dell'8 settembre 2005 il Dott. E. \_\_\_\_\_ del servizio medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver posto la diagnosi principale di esiti di timpanoplastica e paralisi facciali periferica sinistra e la diagnosi accessoria di connettività e lombalgie con problemi degenerativi”, ha analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata ed è giunto alla conclusione che l'assicurata è da ritenersi inabile nell'attività abituale di operaia addetta all'assemblaggio di materie plastiche al 100% dal luglio 2003 ed al 50% successivamente da una data indeterminata (doc. 35). In data 11 ottobre e 22 novembre 2005, il Dott. E. \_\_\_\_\_, così come richiesto dall'amministrazione, ha precisato che l'assicurata è da ritenersi inabile nell'attività abituale di operaia addetta all'assemblaggio di materie plastiche al 100% dal luglio 2003 in quanto a partire da detta data essa ha dovuto interrompere ripetutamente e per periodi prolungati il proprio lavoro a causa della malattia e che è nuovamente

abile al 100% a decorrere dal 16 febbraio 2005 (data del mod. E 213; doc. 37).

**D.** Con decisione del 20 dicembre 2005, l'amministrazione ha quindi riconosciuto all'assicurata il diritto ad una rendita intera (grado di invalidità: 100%) limitatamente al periodo intercorrente tra il 1° luglio 2004 ed il 31 maggio 2005 (doc. 49).

T.\_\_\_\_\_, regolarmente rappresentata dal Patronato INAS di V.\_\_\_\_\_, ha formulato in data 18 gennaio 2006 opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative anche dopo la data del 1° giugno 2005 (doc. 50).

Mediante decisione su opposizione del 18 dicembre 2006, l'amministrazione ha respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 20 dicembre 2005 (doc. 51).

**E.** Con gravame del 30 gennaio 2007, consegnato alla Posta il 31 gennaio successivo, T.\_\_\_\_\_, regolarmente rappresentata dal Patronato INAS di M.\_\_\_\_\_, 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° giugno 2005. A suffragio delle sue conclusioni produce, oltre a documentazione medica obiettiva già agli atti, i seguenti nuovi documenti: RX piede/mano del 5 dicembre 2002, M.O.C. vertebrale lombare del 31 luglio 2003, un rapporto medico del 27 febbraio 2005, un esame mano ds del 7 dicembre 2005 e due referti ambulatoriali segnatamente del 1° dicembre 2005 e del 23 gennaio 2006. In questa sede, T.\_\_\_\_\_ ha chiesto altresì di essere esonerata dal pagamento delle spese processuali.

Chiamato a pronunciarsi in merito al ricorso, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente l'incarto al Dott. E.\_\_\_\_\_, il quale, alla luce della documentazione prodotta, nel suo rapporto del 4 ottobre 2007 (doc. 53) ha sostanzialmente confermato il suo precedente parere ritenendo l'assicurata abile al 100% nella sua attività abituale di operaia addetta all'assemblaggio. Nelle sue osservazioni responsive del 7 novembre 2007 l'amministrazione propone pertanto la reiezione dell'impugnativa.

In data 22 febbraio 2008 la ricorrente ha esibito ulteriore documentazione medica obiettiva relativa al 2008 mentre in data 26 febbraio 2008 ha prodotto il formulario relativo all'esonero delle spese processuali così come richiestole dalla scrivente Autorità.

### **Diritto:**

**1.** In virtù dell'art. 31 della legge federale sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), 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'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 (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

**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.

### **3.**

**3.1** 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.

**3.2** 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.

**3.3** Il ricorso è inoltre 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, non trovano applicazione le modifiche della LAI del 6 ottobre 2006 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5<sup>a</sup> revisione della LAI). Di seguito vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

**5.** La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 14 giugno 2004. 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 il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 14 giugno 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 18 dicembre 2006, 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 due 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.** 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<sup>ter</sup> LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano

abituamente 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA 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 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, 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, 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. 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.

**8.** 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 LPGa).

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 allorché 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 sé 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 allorché 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. 88a cpv. 1 e 2 OAI).

**9.** 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; VSI 2001 p. 109).

## **10.**

**10.1** Nel caso di specie la diagnosi rilevante ai fini del presente giudizio, nel periodo di cognizione in oggetto (cfr. considerando 5), risulta essere condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in merito. L'assicurata è affetta da: Lupus Eritematoso Sistemico (LES) in controllo terapeutico, stato dopo paralisi facciale periferica sinistra e timpanoplastica, (connettività) e lombalgie con problemi degenerativi (perizia medica INPS del 16 febbraio 2005 e rapporto medico dell'8 settembre 2005 del Dott. E. \_\_\_\_\_). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi.

**10.2** Tali affezioni debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente può pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

**10.3** Per quanto concerne le conseguenze invalidanti, il sanitario incaricato dell'INPS ha posto un tasso d'invalidità parziale del 50% in relazione all'ultimo lavoro svolto (precisando che l'assicurata è idonea ad esercitare un'attività diversa dall'ultimo lavoro svolto e può essere riadattata) senza tuttavia esprimersi in merito ad un'attività lavorativa adeguata alle sue condizioni (doc. 32). Dal canto suo il Dott. E.\_\_\_\_\_, del servizio medico dell'amministrazione, è sostanzialmente dell'avviso che l'assicurata, nell'attività abituale di operaia addetta all'assemblaggio di materie plastiche, è da ritenersi inabile al 100% dal luglio 2003 (in quanto a partire da detta data ha dovuto interrompere ripetutamente e per periodi prolungati il proprio lavoro a causa della malattia) e che è nuovamente abile al 100% a decorrere dal 16 febbraio 2005 (data del mod. E 213; cfr. rapporti medici dell'8 settembre 2005, dell'11 ottobre e dell'22 novembre 2005 e del 4 ottobre 2007: doc. 35, 37 e 53).

**10.4** Dalla documentazione agli atti si evince che, a partire dal mese di luglio del 2003, l'assicurata ha dovuto interrompere ripetutamente e per periodi prolungati il proprio lavoro a causa malattia. Essa è stata ricoverata: dal 17 al 22 novembre 2003 per paralisi otogena del VII nervo cranico sinistro (doc. 23), dal 27 novembre al 19 dicembre 2003 per esiti di otite cronica sinistra (doc. 25), dal 28 dicembre 2003 al 16 gennaio 2004 per paralisi del VII nervo cranico di sinistra in esiti di meningoplastica e successiva timpanoplastica radicale in paziente affetta da LES (doc. 26), dal 4 al 27 febbraio 2004 per paralisi del VII nervo cranico di sinistra in esiti di meningoplastica e successiva timpanoplastica radicale in paziente affetta da LES (doc. 27), dal 13 al 21 aprile 2004 per paralisi periferica del VII° nervo cranico di sinistra in esiti di meningoplastica e successiva timpanoplastica radicale in paziente affetta da LES (doc. 29) e dal 6 all'11 giugno 2004 per vertigini in quadro di paralisi periferica del VII nervo cranico di sinistra in esiti di meningoplastica e TPL sinistra in paziente affetta da LES (doc. 30). Dalla documentazione agli atti si evince altresì che l'assicurata ha una costituzione robusta (statura 153 cm per 68 kg) con portamento ed andatura normali. L'apparato sensoriale (a parte una lieve anacusia sin.) come pure quelli respiratorio, circolatorio (pressione arteriosa 145/90 e 76 pulsazioni al minuto; assenza di: dispnea, cianosi labiale ed extrasistole), digerente, locomotorio (a parte un discreto deficit funzionale del tronco ed i movimenti di polsi e mani dolenti ma completi), genito-urinario sono nella norma. Parimenti dicasi per il sistema nervoso-psichico (cfr. perizia particolareggiata

dell'INPS del 16 febbraio 2005). L'assicurata è affetta da Lupus Eritematoso Sistemico (LES) che però è in controllo terapeutico e da esiti di paralisi facciale periferica sinistra e timpanoplastica senza ripercussioni significative sulla sua capacità di lavoro. Presenta inoltre delle lombalgie con problemi degenerativi compatibili con la sua età anagrafica. Per quanto concerne la problematica relativa alle mani (artrosi e tunnel carpale bilaterale), occorre rilevare che essa è suscettibile di trattamento farmacologico e, all'occorrenza, altresì chirurgico con prognosi favorevole nell'arco di settimane o pochi mesi. Invece, la sospetta fibromialgia riconducibile alla collagenopatia sistemica, attestata nella documentazione medica prodotta relativa al 2008, è insorta dopo la decisione impugnata del 18 dicembre 2006 (diagnosi: 2008) ed esula quindi dal presente giudizio (cfr. consid. 5). Facendo astrazione dal periodo in cui le affezioni di cui è affetta l'assicurata si sono manifestate in modo acuto e virulento (luglio 2003/2004), lo stato di salute dell'assicurata a decorrere, per lo meno, dal 16 febbraio 2005 (data del modello E 213) appare essere discreto. Stante quanto precede il Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il Dott. E.\_\_\_\_\_ nei suoi rapporti medici dell'8 settembre 2005, dell'11 ottobre e del 22 novembre 2005 e del 4 ottobre 2007 (doc. 35, 37 e 53) ed è quindi dell'avviso che l'assicurata, nell'attività abituale di operaia addetta all'assemblaggio di materie plastiche, è da ritenersi inabile al 100% dal luglio 2003. Dalla documentazione esibita in sede di ricorso, risulta tuttavia che la ricorrente è stata ricoverata per erniectomia L5/S1 sinistra nel febbraio 2005. Ritenuto che l'attività svolta è da effettuare da seduta con possibilità di alternanza delle posizioni, il medico dell'UAIE conclude che l'attività abituale della ricorrente sia adatta al suo stato di salute anche tenuto conto di tale intervento e dei suoi esiti. Il Tribunale non può tuttavia condividere il parere del Dott. E.\_\_\_\_\_ per quanto concerne la fine dell'incapacità lavorativa. In effetti, tenuto conto di un periodo di convalescenza minima di tre mesi dall'intervento, la capacità lavorativa della ricorrente non può essere ritenuta al 100%, prima del 25 maggio 2005.

**10.5** Stante quanto esposto al considerando 10.4, T.\_\_\_\_\_ ha quindi diritto, tenuto conto del termine di un anno prescritto dalla lettera b dell'art. 29 cpv. 1 LAI (cfr. considerando 10.2), ad una rendita intera dal 1° luglio 2004. Per contro, considerato che il miglioramento della capacità di guadagno dell'assicurato fissata al 25 maggio 2005 è durato oltre 3 mesi senza interruzione notevole ed è perdurato fino al 18 dicembre 2006 (data della decisione impugnata), il diritto di T.\_\_\_\_\_ 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 8) a decorrere dal 1° settembre 2005. Il ricorso deve quindi essere parzialmente accolto e l'impugnata decisione riformata nel senso che la ricorrente ha diritto ad una rendita intera fino al 31 agosto 2005.

## **11.**

**11.1** 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).

**11.2** Successivamente al 18 dicembre 2006 (data della decisione impugnata), l'assicurata ha prodotto, con scritto del 26 febbraio 2008, una cospicua documentazione medica relativa al 2008, sulla scorta della quale può, se del caso, presentare una nuova richiesta di prestazioni all'amministrazione.

**12.** In data 30 gennaio 2007, T.\_\_\_\_\_ ha sostanzialmente formulato una domanda di assistenza giudiziaria per quanto attiene alle spese processuali della presente procedura. Visto l'esito del ricorso non si prelevano spese di procedura.

**13.** 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, si giustifica riconoscere un'indennità per spese ripetibili di 500.-- franchi da porre 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 l'impugnata decisione riformata nel senso che la ricorrente ha diritto ad una rendita intera fino al 31 agosto 2005.

**2.**

Non si prelevano spese processuali. Alla parte ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di 500.-- franchi, la quale viene posta a carico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero.

**3.**

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (atto giudiziario),
- autorità inferiore (n. di rif. \_\_\_\_\_),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

**Rimedi giuridici:**

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: