



---

Corte III  
C-4824/2010

## **Sentenza del 31 maggio 2012**

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Madeleine Hirsig-Vouilloz e Francesco Parrino,  
cancelliera Marcella Lurà.

---

Parti

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

Assicurazione per l'invalidità (decisione del 16 marzo 2010).

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

A.\_\_\_\_\_, cittadina italiana, nata il (...), ha lavorato in Svizzera dal 1995 al 1998 e poi a far tempo dal 1999 (v. doc. A 15-6), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo. Dal maggio del 2002, è alle dipendenze di un'osteria in qualità di cuoca; fino al 10 agosto 2006, ha lavorato in ragione di 45 ore alla settimana, dall'11 agosto 2006 all'8 luglio 2007 è stata assente causa malattia e dal 9 luglio 2007 ha ripreso a lavorare nella misura del 30% (con mansioni di lavori leggeri in cucina [preparare insalate, decorare e preparare piatti, affettare]; doc. A 1-1, 7-1 e 24-14). Il 19 ottobre 2007, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. A 1-1).

**B.**

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone B.\_\_\_\_\_ (Ufficio AI) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- documenti medici di data intercorrente da agosto 2006 a dicembre 2007 (doc. A 7-7 a 8-21 e doc. B 1-1, 3-1 a 11-1, 13-1 e 16-1 a 20-1; segnatamente la perizia neurologica del 12 luglio 2007 del dott. C.\_\_\_\_\_ [doc. B 18-1]);
- il questionario per il datore di lavoro (doc. A 7-1).

**C.**

**C.a** Nel rapporto del 27 marzo 2008, il dott. D.\_\_\_\_\_, medico del Servizio medico regionale dell'AI (SMR), ha ritenuto che la documentazione medica è insufficiente al fine di una valutazione del caso. Ha quindi proposto l'effettuazione di una perizia pluridisciplinare (doc. A 21-1).

**C.b** Agli atti risultano essere stati prodotti documenti medici dal luglio 2006 al maggio 2008 (doc. A 24-36 a 24-57).

**C.c** Nella perizia pluridisciplinare del 29 agosto 2008 del SAM (consecutiva ad esami del 2, 9 e 11 giugno e 10 luglio 2008), i periti hanno posto la diagnosi segnatamente di lupus eritematoso sistemico con interessamento neurovascolare con grave neuropatia del nervo ischiatico sinistro, lesioni ischemiche cerebrali e del midollo cervicale C6-C7, lieve difficoltà della motilità fine della mano destra e lieve polineuropatia assonale, sin-

drome lomboradicolare cronica L3-L5 a sinistra in discopatia L3-L4 e L4-L5, disturbi statici del rachide e decondizionamento muscolare, periartropatia omeroscapolare, sindrome del tunnel carpale bilateralmente, personalità rigida ed ipertensione arteriosa. I medici hanno concluso che l'interessata presenta, riservate determinate limitazioni funzionali somatiche, una capacità lavorativa dello 0% dall'11 agosto 2006, del 50% dall'11 settembre 2006, dello 0% dal 13 ottobre 2006 e del 30% dal 9 luglio 2007 nella precedente attività di cuoca ed una capacità lavorativa dello 0% dall'11 agosto 2006, del 60% dall'11 settembre 2006, dello 0% dal 13 ottobre 2006 e del 60% dal 9 luglio 2007 in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute (doc. A 24-1).

**C.d** Nel rapporto del 9 ottobre 2008, il dott. E. \_\_\_\_\_, medico del Servizio medico regionale dell'AI (SMR), ha ritenuto, in virtù della menzionata perizia, un'incapacità al lavoro del 100% dall'11 agosto 2006, del 50% dall'11 settembre 2006, del 100% dal 13 ottobre 2006 e del 70% dal 9 luglio 2007 nella precedente attività di cuoca ed un'incapacità al lavoro del 40% dal 9 luglio 2007 in un'attività confacente allo stato di salute, dunque rispettosa dei limiti funzionali a livello somatico (doc. A 27-1).

**C.e** Il 18 maggio 2009 (v. doc. A 35-1), l'interessata ha prodotto documenti medici di gennaio e novembre 2008 (alcuni documenti già agli atti; doc. A 36-1 a 36-7).

**C.f** Nel rapporto del 29 maggio 2009, il dott. E. \_\_\_\_\_ ha rilevato che la documentazione medica fa stato di una sindrome del tunnel carpale e che detta patologia può essere guarita con un intervento chirurgico in anestesia locale. Ha quindi ritenuto che non vi erano motivi per modificare la sua precedente presa di posizione (doc. A 37-1).

**C.g** Il 10 agosto 2009, la consulente del Servizio integrazione professionale dell'AI ha determinato, nell'ambito di un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute, un grado d'invalidità del 41% (doc. A 39-1; v. anche doc. A 46-1 e 47-1).

#### **D.**

Con progetto di decisione del 30 ottobre 2009, l'Ufficio AI ha comunicato all'interessata che, in virtù della perizia dell'agosto 2008 del SAM, sussisterebbe un diritto ad un quarto di rendita d'invalidità dal 1° agosto 2007. L'Ufficio AI ha altresì concesso all'interessata la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione, delle osservazioni per iscritto (doc. A 43-1).

**E.**

**E.a** Il 27 novembre 2009 (doc. A 49-1), l'interessata ha postulato il riconoscimento di tre quarti di rendita d'invalidità dal momento che le patologie di cui è affetta comportano un'inabilità al lavoro almeno nella misura del 60%. Ha segnalato che, in virtù delle affezioni di cui soffre nonché delle limitazioni funzionali che presenta, non si può esigere da lei l'esercizio delle attività di sostituzione indicate dall'Ufficio AI. Ha esibito un certificato medico del 19 novembre 2009 del dott. F.\_\_\_\_\_ (doc. A 49-3).

**E.b** Nel rapporto del 4 febbraio 2010, il dott. E.\_\_\_\_\_ ha ritenuto che il certificato medico del novembre 2009 non apporta nuovi elementi clinici oggettivi rispetto alla valutazione peritale dell'agosto 2008 del SAM. Ha quindi confermato la sua precedente valutazione (doc. A 52-1).

**F.**

Con decisione del 16 marzo 2010, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha deciso di erogare in favore dell'interessata un quarto di rendita d'invalidità a decorrere dal 1° agosto 2007 (doc. A 55-1; v. anche doc. A 44-1 e 55-4).

**G.**

Il 30 aprile 2010, l'interessata ha inoltrato un ricorso contro la decisione dell'UAIE del 16 marzo 2010 (ricorso che è poi stato trasmesso il 5 luglio 2010 al Tribunale amministrativo federale per competenza; v. la sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del Cantone B.\_\_\_\_\_ 32.2010.113 del 18 maggio 2010) mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una rendita intera, dal momento che secondo il certificato medico del 12 aprile 2010 del medico curante, allegato in copia al gravame, le patologie di cui è affetta comportano un'incapacità al lavoro del 70%. Ha ribadito che, in virtù delle affezioni di cui soffre nonché delle limitazioni funzionali che presenta, non si può esigere da lei l'esercizio delle attività di sostituzione proposte dall'autorità inferiore. Ha segnalato di continuare a lavorare presso il proprio datore di lavoro nella misura del 30% (con mansioni di compiti leggeri nell'ambito della cucina) e di percepire un salario (mensile) di fr. 1'000.--. Ha in particolare indicato che nel calcolo per la determinazione del grado d'invalidità, dovrebbe essere tenuto conto di detto importo quale reddito da invalida (doc. TAF 1).

**H.**

Con decisione incidentale del 19 luglio 2010 (notificata il 20 luglio 2010; doc. TAF 3 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha invitato la ricor-

rente a versare, entro il 16 agosto 2010, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo spese è stato versato il 2 agosto 2010 (doc. TAF 2 a 4).

## **I.**

**I.a** Con risposta del 24 settembre 2010, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata. Ha rinviato alla presa di posizione dell'Ufficio AI del Cantone B. \_\_\_\_\_ del 16 settembre 2010, secondo la quale la documentazione medica prodotta espone le patologie note, senza apportare nuovi elementi clinici oggettivi tali da modificare la valutazione medica di cui alla perizia pluridisciplinare dell'agosto 2008 del SAM (doc. TAF 6).

**I.b** Con provvedimento del 14 ottobre 2010 (notificato il 15 ottobre 2010; doc. TAF 8 [avviso di ricevimento]), il Tribunale amministrativo federale ha invitato la ricorrente, nel termine di 30 giorni a decorre da quello successivo alla notificazione del provvedimento medesimo, ad inoltrare una replica (doc. TAF 7). Il termine è scaduto infruttuoso.

## **J.**

**J.a** Il 14 ottobre 2011, l'interessata ha esibito due rapporti neurologici del 7 settembre e 11 ottobre 2011 ed un referto di elettroencefalografia del 21 settembre 2011 (doc. TAF 10).

**J.b** Il 6 dicembre 2011, la medesima ha prodotto un referto di elettroencefalografia del 16 novembre 2011 ed un certificato medico del 1° dicembre 2011 del medico curante (doc. TAF 12).

**J.c** Il 19 dicembre 2011, la stessa ha esibito un rapporto neurologico del 15 dicembre 2011 (doc. TAF 14).

## **K.**

Nelle osservazioni del 15 dicembre 2011 e del 9 febbraio 2012, l'UAIE ha nuovamente proposto la reiezione del gravame e rinviato alle prese di posizione dell'Ufficio AI del Cantone B. \_\_\_\_\_ del 6 dicembre 2011 e del 7 febbraio 2012 nonché alle annesse annotazioni mediche del 2 dicembre 2011 e del 6 febbraio 2012 del dott. G. \_\_\_\_\_, medico SMR, secondo cui la nuova documentazione medica prodotta, che fa stato di episodi confusionali di breve durata e pone la (nuova) diagnosi di epilessia, si riferisce ad un'epoca successiva alla data di emissione della decisione im-

pugnata e non è dunque suscettibile di modificare la valutazione clinica-lavorativa della ricorrente (doc. TAF 13 e 16).

## **L.**

**L.a** In una presa di posizione inoltrata il 24 febbraio 2012, l'interessata ha segnalato che le crisi epilettiche di cui soffre sono una patologia pre-esistente (rispetto alla data della decisione impugnata; è in particolare fatto riferimento alla perizia neurologica del 12 luglio 2007 [doc. A 24-47]), che detta patologia è peggiorata e che la stessa limita la sua capacità di guadagno (doc. TAF 18).

**L.b** Con provvedimento del 29 febbraio 2012, questo Tribunale ha trasmesso all'autorità inferiore per conoscenza la presa di posizione della ricorrente del 24 febbraio 2012 (doc. TAF 19).

## **Diritto:**

### **1.**

**1.1** Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

**1.2** Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero.

**1.3** 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 del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 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 LAI non deroghi alla LPGA.

**1.4** Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

## **2.**

**2.1** Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo 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), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il 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). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

**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, nella versione in vigore fino al 31 marzo 2012, 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. I nuovi Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009 relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, entrati in vigore il 1° aprile

2012 nei rapporti tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione Europea, che sostituiscono i Regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72, non appaiono altresì applicabili al caso concreto.

**2.4** Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

### **3.**

**3.1** Secondo l'art. 2 LPGa, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

**3.2** Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 5a revisione della LAI (cf. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGa, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 19 ottobre 2007 e il medico SMR avendo ritenuto che il danno alla salute è intervenuto a far tempo dall'11 agosto 2006 (cfr. doc. A 27-1), al caso in esame si applicano di principio le norme in vigore fino al 31 dicembre 2007. Peraltro, e per l'esame del diritto eventuale a una rendita, l'applicazione delle nuove norme della 5a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio 2008 al 16 marzo 2010 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito delle questioni sottoposte nel caso concreto all'esame di questo Tribunale (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_942/2009 del 15 marzo 2010 consid. 3.1; cfr. pure sentenza del Tribunale amministrativo federale C-7827/2010 del 21 settembre 2010 consid. 3.2). Al caso di specie, non sono altresì applicabili le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (FF 2010 1603). Pertanto, e salvo indica-

zione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2007.

**3.3** La ricorrente, come già menzionato, ha presentato la richiesta di rendita il 19 ottobre 2007. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 19 ottobre 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 16 marzo 2010, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

#### **4.**

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI; rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante tre anni).

La ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 9 anni (v. doc. A 55-1) e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

#### **5.**

**5.1** L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può

essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la 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. 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).

**5.2** Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1<sup>ter</sup> LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

**5.3** Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

**5.4** Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b

LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

## **6.**

**6.1** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). 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; metodo generale del raffronto dei redditi).

**6.2** L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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.

**6.3** Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

## **7.**

**7.1** Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

**7.2** Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezza-

mento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

**7.3** In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

## **8.**

**8.1** 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. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

**8.2** In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista

medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

**8.3** Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

**8.4** Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396). Tenendo conto di diversi criteri, lo psichiatra deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato.

**8.5** Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

## **9.**

**9.1** Dalla documentazione medica agli atti emerge che la ricorrente soffre segnatamente di lupus eritematoso sistemico con interessamento neurovascolare con grave neuropatia del nervo ischiatico sinistro, lesioni ischemiche cerebrali e del midollo cervicale C6-C7, lieve difficoltà della

motilità fine della mano destra e lieve polineuropatia assonale, sindrome lomboradicolare cronica L3-L5 a sinistra in discopatia L3-L4 e L4-L5, disturbi statici del rachide e decondizionamento muscolare, periartropatia omeroscapolare, sindrome del tunnel carpale bilateralmente, personalità rigida ed ipertensione arteriosa (cfr. perizia pluridisciplinare del 29 agosto 2008 del SAM [doc. A 24-1]).

**9.2** Si tratta di affezioni di carattere 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 di attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante un anno.

## **10.**

**10.1** Nel caso di specie, l'oggetto litigioso è la questione di sapere se la ricorrente abbia diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, come da lei postulato.

**10.2** Nella perizia pluridisciplinare del 29 agosto 2008 del SAM (doc. A 24-1) – fondata sul consulto reumatologico del dott. H. \_\_\_\_\_ (doc. A 24-19), sul consulto psichiatrico del dott. I. \_\_\_\_\_ (doc. A 24-26) e sul consulto neurologico del dott. J. \_\_\_\_\_ (doc. A 24-30) – le dott.sse K. \_\_\_\_\_ e L. \_\_\_\_\_, medici SAM, hanno rilevato che il lupus eritematoso ha avuto delle ripercussioni sul sistema nervoso centrale, ma che non vi sono indizi per un coinvolgimento muscolo-scheletrico. A causa della lesione al nervo ischiatico sinistro, vi sono importanti difficoltà della deambulazione, caratterizzate da un minor appoggio all'arto inferiore sinistro con accenno allo "steppage". Per quanto riguarda la sintomatologia algica lombare irradiata all'arto inferiore sinistro, vi è una componente miofasciale ed un'instabilità segmentaria L3-L4 e L4-L5 con dolore all'arto inferiore sinistro, che sembra più una sequela della lesione del nervo ischiatico che radicolare, vista l'assenza di compressioni radicolari evidenti alla risonanza magnetica lombare. Detti medici hanno altresì constatato che l'esame di risonanza magnetica mostra un'ernia discale D12-L1, una protrusione discale L3-L4 con compressione sul sacco durale e sulle radici ed una protrusione L4-L5 con impronta sull'emergenza radicolare e sul sacco durale. Inoltre, i medici SAM hanno segnalato che l'assicurata

ha un atteggiamento collaborante, presenta un contatto affettivo scialbo, un tono dell'umore non deflesso, un incremento della tensione endopsichica e non mostra alterazioni psicopatologiche e neppure deflessioni della timia. Si tratta di una persona orgogliosa che non ha voluto arrendersi di fronte allo sviluppo delle malattie e che ha cercato di aggrapparsi all'attività lavorativa per rifiutare il ruolo della vittima e per contrastare gli stati d'animo negativi passeggeri. In conclusione, i medici SAM hanno osservato che, dal punto di vista psichiatrico, lo stato psichico è rimasto stabile dalla fine del 2005 e non vi è quindi alcuna diminuzione della capacità lavorativa. Dal punto di vista neurologico e reumatologico, hanno ritenuto che l'interessata presenta una capacità al lavoro dello 0% dall'11 agosto 2006, del 50% dall'11 settembre 2006, dello 0% dal 13 ottobre 2006 e del 30% dal 9 luglio 2007 nella precedente attività di cuoca ed una capacità al lavoro dello 0% dall'11 agosto 2006, del 60% dall'11 settembre 2006, dello 0% dal 13 ottobre 2006 e del 60% dal 9 luglio 2007 in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute. Per i motivi che saranno indicati di seguito, la valutazione sulla residua capacità lavorativa in un'attività sostitutiva adeguata, che peraltro non è stata motivata, non può essere condivisa.

**10.3** In merito a tale valutazione, per quanto attiene al periodo intercorrente tra agosto del 2006 (data dell'interruzione al lavoro per motivi di salute) ed agosto del 2008 (data della perizia SAM), occorre precisare che, nella perizia del 12 luglio 2007 (basata su una visita peritale del 21 maggio 2007 [doc. A 24-47]), il dott. C.\_\_\_\_\_, specialista in neurochirurgia (medico incaricato dall'assicurazione M.\_\_\_\_\_), ha segnalato che la paziente presentava un quadro clinico complesso, nel quale alla riattivazione di una malattia autoimmune, con impatto vascolare, si era associata una sindrome vertebrale con coinvolgimento (pseudo)radicolare dell'arto inferiore sinistro. Ha ritenuto che l'assicurata doveva essere considerata inabile in misura completa in una qualsiasi attività lavorativa e che non potevano essere formulate conclusioni sull'eventuale ripristino di una capacità lavorativa anche parziale. Ora, non è dato sapere, in assenza di adeguata motivazione, per quale motivo i medici SAM abbiano reputato di poter ravvisare, dal 9 luglio 2007, un miglioramento significativo dello stato di salute dell'insorgente rispetto alla situazione esistente al 21 maggio 2007 (giorno dell'effettuazione della perizia del dott. C.\_\_\_\_\_), nel senso di una capacità lavorativa del 60% in un'attività sostitutiva adeguata. Va rilevato che il neurologo dott. J.\_\_\_\_\_, nel rapporto del 17 luglio 2008 (doc. A 24-30), ha ritenuto per la ricorrente una capacità al lavoro del 60% in un'attività confacente allo stato di salute, senza aver però indicato in modo chiaro il momento a partire dal quale la medesima fosse in

grado di svolgere un'attività sostitutiva nella misura del 60%. La valutazione dello specialista appare altresì fondata sull'esame del quadro clinico al 10 luglio 2008 (giorno dell'effettuazione della perizia neurologica). Il perito ha certo indicato che il quadro neurologico pare stabile negli ultimi due anni. Tale imprecisa e generica constatazione non appare corrispondere a quanto ritenuto nelle conclusioni della perizia pluridisciplinare dalle dott.sse K.\_\_\_\_\_ e L.\_\_\_\_\_, medici SAM, da cui risulta che lo stato di salute della ricorrente ha subito, nel periodo intercorrente dall'11 agosto 2006 al 9 luglio 2007, diversi cambiamenti (cfr. resoconto perizia pluridisciplinare del 29 agosto 2008 pag. 17 punto 9). Essa costituisce tutt'al più una mera ipotesi che non è fondata su elementi oggettivi sufficientemente consistenti, basata su un'anamnesi perlomeno incompleta, per poter ammettere che a partire dal 9 luglio 2007 l'insorgente fosse nuovamente in grado di lavorare al 60% in un'attività confacente allo stato di salute. Peraltro, in tale data la ricorrente ha ripreso a svolgere lavori leggeri in cucina (preparare insalate, decorare e preparare piatti, affettare; v. doc. A 21-14) presso il proprio datore di lavoro nella misura del 30%. Occorre altresì rilevare che dalla documentazione medica agli atti emerge che l'insorgente soffre segnatamente di una malattia cronica e che la stessa ha presentato fasi di peggioramenti nel corso degli anni. In particolare, è stata ricoverata dal 13 ottobre all'8 novembre 2006, allorché ha manifestato un episodio ischemico con disartria ed emiplegia destra (v. doc. A 19-6), dal 24 gennaio al 3 febbraio 2007, momento in cui è stata evidenziata una neuropatia periferica (v. doc. A 8-6) e dal 29 aprile al 22 maggio 2008, allorquando ha mostrato una disabilità motoria con disturbi della deambulazione ed è stata diagnosticata una polineuropatia sensitivo-motoria agli arti inferiori (v. doc. A 24-36). Il dott. J.\_\_\_\_\_ stesso ha sottolineato, nel rapporto del 17 luglio 2008 (doc. A 24-30) che l'assicurata è a rischio per nuove ricadute di vascoliti auto-immuni che potrebbero portare altri danni sia del sistema nervoso centrale che periferico. Inoltre, il reumatologo non si è nella sostanza espresso sulla capacità lavorativa della ricorrente relativa al periodo precedente alla data della sua visita peritale (del 9 giugno 2008), indicando semplicemente una capacità lavorativa a partire dal 23 maggio 2008 (dopo che l'interessata era stata dimessa da un ricovero ospedaliero). Quale sia effettivamente stata la capacità lavorativa della ricorrente in un'attività sostitutiva adeguata nel periodo tra agosto 2006 e giugno-luglio 2008 (periodo delle visite specialistiche alla base della perizia pluridisciplinare del 29 agosto 2008) non può pertanto essere determinato nel senso della probabilità preponderante sulla base di accertamenti fattuali insufficienti e motivazioni carenti sia nella perizia pluridisciplinare stessa (e relativi rapporti specialistici) che nella decisione impugnata. Infine, non è stato spiegato dai periti – a prescindere dal fatto che

lo statuto della ricorrente è quello di una persona che in caso di buona salute si dedicherebbe all'esercizio di un'attività lavorativa al 100% – per quale ragione hanno indicato che la ricorrente dovrebbe essere in grado, nonostante i suoi problemi reumatologici e soprattutto neurologici, di svolgere un'attività sostitutiva adeguata nella misura del 60%, ma le consuete mansioni domestiche di una di casalinga solo nella misura del 50%. Neppure nella decisione impugnata è ravvisabile una spiegazione al riguardo, tantomeno convincente, senza che sia senz'altro possibile concludere, sulla base degli atti di causa al loro stato attuale, che la capacità lavorativa residua della ricorrente in un'attività sostitutiva adeguata debba e possa essere superiore del 10% rispetto a quella di casalinga.

**10.4** Ma vi è di più. Per quanto attiene al periodo posteriore alla perizia del 29 agosto 2008 del SAM, si osserva che dalla stessa all'emanazione della decisione finale sono trascorsi 1 anno e 7 mesi circa, senza che l'autorità inferiore, conto tenuto delle particolarità del caso concreto, abbia ritenuto di dovere provvedere ad un completamento dell'istruttoria nel senso di un aggiornamento delle risultanze peritali. Tale lacuna istruttoria è tanto più grave ove si pensi che lo stato di salute della ricorrente già in passato ha subito variazioni di una certa importanza anche in periodi più brevi. In particolare, e dal profilo neurologico, non appare quindi possibile oggettivare, in assenza di un nuovo rapporto che si esprima sull'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente, una capacità al lavoro del 60% in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute fino al 16 marzo 2010 (data della decisione impugnata), ritenuto altresì che nel certificato medico del 19 novembre 2009 del dott. F. \_\_\_\_\_ (doc. A 49-3) è indicato che la paziente presenta un'accentuazione della sintomatologia neurologica ed artropatica nonché una sindrome vertiginosa con instabilità e facilità alle cadute.

**10.5** Infine, e a titolo abbondanziale, occorre osservare che i documenti medici di settembre e dicembre 2011 esibiti dalla ricorrente in procedura di ricorso (doc. TAF 10 e 12) – certo redatti dopo la data della decisione impugnata, ma che si riferiscono anche allo stato di salute esistente anteriormente alla data di detta decisione – evidenziano degli episodi confusionali di breve durata, fanno stato di una nuova patologia, quale un'epilessia, e postulano che la ricorrente si sottoponga ad una visita neuropsicologica e reumatologica. In particolare, per quanto attiene alle crisi epilettiche, di cui la ricorrente ha segnalato di soffrire (v. presa di posizione del 24 febbraio 2012; doc. TAF 18), andrà eventualmente esaminata la questione di sapere se il dott. C. \_\_\_\_\_, nella perizia del 12 luglio 2007 (v. doc. A 24-53 pto. VI) ha elencato (in percentuale) le manifestazioni cli-

niche, fra cui delle crisi epilettiche, che può presentare un paziente affetto da lupus eritematoso sistemico, oppure se lo stesso ha riscontrato che la ricorrente soffriva di crisi epilettiche, ritenuto altresì che secondo il rapporto del 18 maggio 2007 (doc. A 8-8) la medesima assumeva un farmaco per il trattamento delle epilessie ("N.\_\_\_\_\_").

#### **11.**

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata – che viola il diritto federale (accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti) – incorre nell'annullamento.

#### **12.**

**12.1** Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del Tribunale amministrativo federale C-7965/2010 del 27 marzo 2012 consid. 10.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del Tribunale federale 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e DTF 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute della ricorrente e alla sua capacità lavorativa nel tempo ai sensi dei considerandi, segnatamente con un completamento degli esami neurologico e reumatologico (per quanto attiene alla capacità lavorativa fino alla data della perizia pluridisciplinare del 29 agosto 2008), un aggiornamento della perizia neurologica (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione.

**12.2** Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento della ricorrente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 2.3.4). In altri termini, nell'ambito della nuova procedura dinanzi all'UAIE a seguito della presente cassazione della decisione del 16 marzo 2010, il quarto di rendita attribuito all'insorgente da detto Ufficio a partire dal 1° agosto 2007 deve considerarsi come definitivamente accertato ed acquisito perlomeno

fino alla data della decisione impugnata del 16 marzo 2010 (limite di cognizione temporale nel caso di specie; cfr. sulla problematica anche le sentenze del Tribunale amministrativo federale C-3138/2010 del 9 gennaio 2012 consid. 8.2 e C-4961/2011 del 21 novembre 2011 consid. 7.2). In tale contesto, resta aperta solo la questione di sapere se la portata e l'(eventuale) peggioramento dell'affezione neurologica possano avere un'incidenza significativa sulla capacità lavorativa della ricorrente in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute. In effetti, e come precedentemente accennato, una soppressione totale della rendita non è ipotizzabile, dal momento che la sola affezione neurologica, già accertata in prima istanza, comporta sicuramente, ad essa sola, la concessione di perlomeno un quarto di rendita, fino al 16 marzo 2010.

### **13.**

**13.1** Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 300.--, versato il 2 agosto 2010, è restituito alla ricorrente.

**13.2** Si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'500.--, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante della ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:****1.**

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 16 marzo 2010 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed emani una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

**2.**

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 300.--, corrisposto il 2 agosto 2010, è restituito alla ricorrente.

**3.**

L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 1'500.-- a titolo di spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (Atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. )
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

**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 adempiute le condizioni di cui agli 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).

Data di spedizione: