



Corte III
C-146/2008/⟨ABR⟩

{T 0/2}

Sentenza del 9 novembre 2009

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Michael Peterli, Stefan Mesmer,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
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
16 novembre 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana nata il (...), nubile e madre di una figlia, ha lavorato in Svizzera come operaia, e da ultimo in qualità di cassiera, per diversi anni, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Il 26 gennaio 2005 l'assicurata ha annunciato all'assicurazione malattia collettiva del suo datore di lavoro, la Winterthur, d'essere affetta da un'ernia addominale plurirecidivante (incarto Winterthur, doc. 1) e, il 18 maggio 2006, ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del canton Ticino (UAI) una domanda per l'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (incarto AI, doc. 1).

B. Nell'ambito dell'istruzione della domanda di rendita, l'UAI ha acquisito, in particolare, i documenti seguenti:

- l'incarto della Winterthur, tra cui un rapporto del dott. R._____, del 15 maggio 2006, nel quale è posta la diagnosi di sindrome ansioso-depressiva, di cefalea tensiva e di stato dopo tre operazioni per ernia epigastrica recidivante, ed è stabilito che, dal punto di vista organico, l'assicurata è abile al lavoro in misura completa, e che l'attuale incapacità lavorativa del 50% è dovuta unicamente ad una sindrome ansioso-depressiva di media entità, suscettibile di essere trattata farmacologicamente; diversi certificati medici del dott. S._____, medico curante dell'assicurata, da cui risulta essenzialmente la diagnosi d'ernia addominale plurirecidivante (incarto Winterthur, doc. 1/6 a 17),

- il questionario per il datore di lavoro, del 30 maggio 2006, dal quale si evince che l'assicurata ha lavorato come cassiera a tempo pieno dal 1° luglio al 2 agosto 2005 e, a partire dal 3 agosto 2005, in seguito a malattia, al 50%, presso la ditta "... S.A.", e che l'orario a tempo pieno per tale attività ammonta a otto ore e trenta minuti al giorno, cinque giorni alla settimana, per un salario mensile di Fr. 3'200.-, tredici volte all'anno (incarto AI, doc. 4/2),

- un rapporto medico del dott. S._____, del 13 ottobre 2006, dove si riferisce che l'assicurata può eseguire il suo ultimo lavoro solamente a metà giornate, mentre è in grado di svolgere attività confacenti, non troppo faticose o stressanti, senza diminuzione di rendimento (incarto

AI, doc. 11),

- una nota del dott. An._____, medico dell'UAI, del 14 novembre 2006, nella quale è ordinata l'esecuzione di una valutazione specialistica (incarto AI, doc. 13),

- diversa documentazione medica, in parte di difficile lettura, coprente il periodo dall'agosto 2000 all'aprile 2007, (incarto AI, doc. 22/25 a 39),

- la perizia pluridisciplinare del Servizio d'accertamento medico (SAM; incarto AI, doc. 22/1 a 23), redatta dalla dott.ssa E._____ e dal dott. B._____ il 30 maggio 2007, sulla base di un rapporto psichiatrico della dott.ssa C._____, del 6 maggio 2007 (doc. 22/15 a 18), di un rapporto chirurgico del dott. Bo._____, del 9 maggio 2007, e di un rapporto neurologico del dott. Be._____, del 22 maggio 2007, dopo l'esecuzione d'accertamenti ambulatoriali avvenuti i giorni 3, 4, 8 e 21 maggio 2007 (doc. 24/22 a 29).

Nella perizia è posta la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di cefalee tensionali e, senza influsso sulla capacità lavorativa, di sindrome ansioso-depressiva d'entità lieve-media, di progressi tre interventi d'ernioplastica per ernia epigastrica e di varici reticolari agli arti inferiori bilateralmente.

Nella perizia è valutata una capacità lavorativa dell'75% come cassiera (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto), l'assicurata essendo solo minimamente limitata, in misura del 25%, dal problema neurologico (cefalee).

C.

L'UAI ha quindi sottoposto la documentazione medica raccolta alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona del dott. An._____. Nella sua presa di posizione del 13 luglio 2007, quest'ultimo ha stabilito, riprendendo la valutazione del SAM, un'incapacità lavorativa del 25% come cassiera dal mese di luglio 2005 (incarto AI, doc. 25).

L'UAI ha in seguito proceduto al calcolo del grado d'invalidità, il 5 settembre 2007, determinando per il 2006, visti i dati forniti dal datore di lavoro, un salario da valido di Fr. 42'250.- (3'250 x 13) e, secondo i dati dell'Ufficio federale di statistica (UFS) relativi ad attività leggere e

non qualificate (tabelle RSS), un salario da invalido di Fr. 49'659.-, ridotto del 5% per tenere conto delle circostanze personali dell'assicurata e considerato nella misura del 75%, ossia Fr. 35'382.-, per cui ha ottenuto una perdita di guadagno del 16.26%, corrispondente ad un grado d'invalidità pari al 16% (incarto AI, doc. 32 e 33).

Il 1° ottobre 2007 l'UAI ha quindi approntato un progetto di decisione, con il quale ha preannunciato all'assicurata il rigetto della sua domanda d'invalidità, invitandola nel contempo a formulare sue eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni (incarto AI, doc. 34).

Il 7 novembre 2007 l'assicurata si è opposta al progetto, facendo valere un grado d'invalidità del 50%, sulla base di un certificato del dott. Squillante del 24 ottobre 2007 (incarto AI, doc. 41 e 42).

Il 16 novembre 2007 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha emanato una decisione, mediante la quale ha negato a quest'ultima il diritto all'ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera (incarto AI, doc. 43).

D.

Contro questa decisione, l'assicurata ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 28 dicembre 2007, chiedendo di annullare la decisione impugnata e di riconoscerle il diritto ad una mezza rendita d'invalidità. Il 12 gennaio 2008 la ricorrente ha prodotto varia documentazione medica ed economica, tra cui un certificato medico del dott. S._____, del 7 gennaio 2008, facente stato, sostanzialmente, di un'incapacità lavorativa del 50% dal 26 gennaio 2005, dovuta alle recidive multiple d'ernia epigastrica, ad una neurosi ansioso-depressiva, ad emicranie e ad una mastopatia fibrocistica.

Il 1° febbraio 2008 il dott. E._____, medico dell'UAI, ha preso conoscenza del certificato del dott. S._____, concludendo che da esso non risulta una modifica dello stato di salute della ricorrente.

Lo stesso giorno l'UAI ha risposto al ricorso, chiedendo di respingerlo e di confermare la decisione impugnata. L'UAIE ha presentato la propria risposta il 6 febbraio 2008, avanzando le stesse conclusioni.

La ricorrente ha replicato l'11 marzo 2008, riconfermandosi nelle proprie conclusioni, ed ha prodotto un certificato della dott.ssa Ba._____, del 6 marzo 2008, nel quale è diagnosticata una distimia.

Dopo la duplice non sono più stati disposti scambi di allegati.

E.

Con decisione incidentale del 14 marzo 2008, questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Il relativo versamento è stato effettuato il 31 marzo 2008.

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 della legge 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 all'art. 33 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 davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} 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^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 Conformemente all'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. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla

notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

1.4 In concreto, il ricorso è ammissibile, nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo relativo alla spese giudiziarie di Fr. 300.- è stato versato nei termini.

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 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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). 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.

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 LPGGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2 L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata, ritenuto tuttavia il principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5^a revisione della LAI e della LPGGA, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e, di seguito, è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

4.

La ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, sostenendo di subire una perdita di guadagno del 50% e di avere perciò diritto ad una mezza rendita d'invalidità.

5.

Secondo l'art. 24 cpv. 1 LPGGA, il diritto a prestazioni si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione. In deroga

a questa disposizione, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni dell'assicurazione invalidità possono essere assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta. Esse sono assegnate per un tempo anteriore, se l'assicurato non poteva conoscere i fatti motivanti il diritto e presenta la richiesta entro dodici mesi da quando ne ha avuto conoscenza.

In concreto, la ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 18 maggio 2006. Questo Tribunale può quindi limitarsi ad esaminare se la ricorrente abbia diritto ad una rendita il 18 maggio 2005 (ossia dodici mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se il diritto ad una rendita sia sorto tra tale data ed il 16 novembre 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 stessa è stata resa (DTF 130 V 445, citato sopra al consid. 3.2).

6.

Secondo le norme applicabili, 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;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

In concreto, è pacifico che la ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita.

7.

7.1 In conformità con l'art. 8 LPG, 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. 1^{ter} LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPG), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino della Comunità europea 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 LPG). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPG 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.

7.5 Giova ancora ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente

mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

8.

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, consideri i disturbi lamentati dall'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).

9.

9.1 In concreto, dalla documentazione medica all'incarto e, in particolare, dalla perizia medica del SAM del 30 maggio 2007 (incarto AI, doc. 22/1 a 29), si evince la diagnosi, con influsso sulla capacità lavorativa, di cefalee tensionali e, senza influenza sulla capacità lavorativa, di sindrome ansioso-depressiva d'entità lieve-media, di pregressi tre interventi d'ernioplastica per ernia epigastrica e di varici reticolari agli arti inferiori bilateralmente.

Questa diagnosi è univoca agli atti, corrisponde a quella posta dal dott. R._____ nel suo rapporto del 15 maggio 2006 (incarto Winterthur, doc. 1/6 a 9), e non è stata messa in dubbio dalla ricorrente, per cui il collegio giudicante non intravede motivi per

discostarsene.

In questa sede, la ricorrente ha prodotto un certificato del dott. S._____, suo medico curante, del 7 gennaio 2008, nel quale è menzionata una mastopatia fibrocistica. A questo proposito, il dott. E._____, medico dell'UAI, ha negato, nella sua presa di posizione del 1° febbraio 2008, che da ciò risulti comprovato un peggioramento dello stato di salute della ricorrente. Inoltre, tale affezione esorbita dal periodo d'esame che vincola questo Tribunale e il quale si protrae dal 9 maggio 2005 al 16 novembre 2007, come già indicato sopra. Esorbita pure dal detto periodo d'esame la distimia di cui si riferisce nel certificato della dott.ssa Ba._____, del 6 marzo 2008, anch'esso esibito nell'ambito di questa procedura.

9.2 Bisogna ricordare che le affezioni in oggetto 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 potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera dell'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

9.3 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate, la dott.ssa C._____, specialista in psichiatria, ha rilevato, nella sua perizia del 6 maggio 2007 (incarto AI, doc. 22/15 a 18), che la ricorrente presenta uno stato di ansia libera di qualità lieve-media, ma che nell'insieme non vi è sintomatologia che possa essere responsabile di un'incapacità di lavoro dal punto di vista strettamente psichiatrico. La perita ha inoltre considerato che la sofferenza e gli impedimenti descritti dalla ricorrente, non possono essere oggettivati e che il dolore lamentato assume in parte i caratteri di un disturbo somatoforme, ma che la prevalenza del caso deve essere attribuita alla sindrome mista ansioso-depressiva, e ciò nel quadro di uno stato

psicologico discreto che non ha subito peggioramenti nel corso degli ultimi cinque o sei anni.

Dal punto di vista neurologico, il dott. Be._____ ha osservato, nella sua perizia del 22 maggio 2007 (incarto AI, doc. 22/21 a 23), che lo stato neurologico dettagliato della ricorrente è risultato perfettamente normale e che le sue caratteristiche anamnestiche depongono in favore di una cefalea tensionale, l'importante sintomatologia ansiosa soggiacente essendo un fattore rilevante nel determinare le cefalee. Il perito ha aggiunto che le cefalee più intense possono essere all'origine di una temporanea interruzione dell'attività lavorativa, che non dovrebbe comunque superare il 25% in qualsiasi attività proponibile.

Nel rapporto pluridisciplinare del SAM la capacità lavorativa della ricorrente è pertanto stata fissata al 75% (presenza tutto il giorno, ma con un rendimento ridotto), in qualsiasi tipo d'attività e come casalinga, tale capacità essendo presente da lungo tempo.

Il dott. An._____, medico dell'UAI, chiamato ad esprimersi in merito alle conclusioni della perizia del SAM, ha considerato, nella sua presa di posizione del 13 luglio 2007 (incarto AI, doc. 25), che essa è convincente e corroborata dalle necessarie valutazioni specialistiche, precisando che la ricorrente è capace di lavorare, nella misura descritta dai periti del SAM, a partire dal mese di luglio 2005.

La ricorrente fa invece valere un'incapacità lavorativa del 50%, sulla base della valutazione del proprio medico curante contenuta nei certificati del 13 ottobre 2006 e del 24 ottobre 2007 (incarto AI, doc. 11 e 42), oltre a quello del 7 gennaio 2008. Ora, tali certificati si limitano ad elencare le diverse affezioni riscontrate nella ricorrente, ma non sono corroborati da esami oggettivi e, come sottolineato a giusta ragione dai dott.ri An._____ ed E._____ dell'UAI, non permettono quindi di ritenere che sia intervenuta una modifica dello stato di salute dell'interessata.

9.4 Alla luce di queste considerazioni, il collegio giudicante non può che aderire alla valutazione dettagliata e ben argomentata del SAM, confermata dai dott.ri An._____ ed E._____, riconoscendo che la capacità lavorativa della ricorrente è pari al 75%, dal mese di luglio 2005, in qualsiasi attività proponibile.

10.

Secondo l'art. 16 LPGA, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido 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 (reddito da invalido), è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido).

L'UAI ha determinato, visti i dati forniti dal datore di lavoro per il 2006, un salario da valido di Fr. 42'250.- (3'250 x 13) e, secondo i dati dell'UFS relativi ad attività leggere e non qualificate (TA1, categoria professionale 4, settore dell'industria e dell'artigianato), un salario da invalido di Fr. 49'659.-, ridotto del 5% per tenere conto delle circostanze personali dell'assicurata e considerato nella misura del 75%, ossia Fr. 35'382.-, per cui ha ottenuto una perdita di guadagno del 16.26%, corrispondente ad un grado d'invalidità pari al 16%, il quale non dà diritto all'ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera.

Procedendo in questo modo, l'UAI ha eseguito correttamente il raffronto dei redditi necessario per il calcolo del grado d'invalidità, per cui il risultato ottenuto non sottostà a critica.

Ciò detto, considerato che il salario da invalido ritenuto dall'UAI è superiore al salario percepito effettivamente dalla ricorrente nella sua attività di cassiera, si rileva, a titolo abbondanziale, che, prendendo in conto un salario da valido come cassiera di Fr. 42'250.-, secondo i dati forniti dal datore di lavoro per il 2006 (incarto AI, doc. 4/2), nella misura del 75% e ridotto del 5% in funzione delle circostanze personali della ricorrente, ossia Fr. 30'103.-, si ottiene una perdita di guadagno del 28,75%, corrispondente ad un grado d'invalidità del 29%, il quale non dà diritto all'ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera.

11.

Di conseguenza, conformemente alle considerazioni sopra esposte, la decisione di rigetto della domanda per l'ottenimento di una rendita d'invalidità deve essere confermata e il ricorso respinto.

12.

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente.

In concreto, visto l'esito della procedura che vede la ricorrente soccombere, le spese processuali di Fr. 300.- sono poste a carico di quest'ultima e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 31 marzo 2008.

In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili).

Visto l'esito della procedura, non si assegnano alla ricorrente indennità per spese ripetibili.

Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del Regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali di Fr. 300.- sono poste a carico della ricorrente e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 31 marzo 2008.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

- alla ricorrente (Raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

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: