



Corte III
C-527/2007

{T 0/2}

Sentenza del 17 ottobre 2008

Composizione

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

Parti

B._____,
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. B._____, cittadina italiana, nata il _____, coniugata con prole, ha lavorato in Svizzera dal 1967 al 1971 e dal 1995 al 2003, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tali periodi. Dal 1° febbraio 2000 l'assicurata è stata alle dipendenze della ditta H._____ SA di B1._____ quale operaia del settore dell'abbigliamento addetta alla ritagliatura. Il 29 dicembre 2000 l'interessata è stata vittima di un infortunio riportando un trauma contusivo sacro-coccigeo, al braccio ed alla spalla sinistra. Il caso è stato assunto dall'Istituto nazionale svizzero contro gli infortuni (INSAI/SUVA). Mediante decisione su opposizione del 19 novembre 2002, l'INSAI/SUVA ha rifiutato il riconoscimento di prestazioni assicurative dipendenti dall'infortunio del 29 dicembre 2000. In data 16 settembre 2003 B._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Mediante decisione su opposizione del 4 marzo 2005, l'UAIE ha rifiutato il riconoscimento di prestazioni assicurative dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Nel suo giudizio del 12 luglio 2005, la Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR) ha rilevato come occorresse approfondire l'indagine medica. Di conseguenza, il ricorso è stato accolto e l'incarto rinviato all'amministrazione affinché fossero espletati dei nuovi accertamenti sanitari (doc. 1-1/60-17).

B. L'amministrazione ha quindi completato l'istruttoria, in particolare facendo allestire una perizia medica dettagliata presso il Servizio d'accertamento medico (SAM) di Bellinzona. L'assicurata è stata visitata nel giugno 2006 ed è stata sottoposta a consultazioni specialistiche in psichiatria, neurologia, reumatologia, oftalmologia e proctologia. Nella loro relazione del 24 luglio 2006, i periti incaricati, dopo aver effettuato alcuni esami oggettivi ed aver esaminato la documentazione clinica agli atti ed esibita, hanno evidenziato la diagnosi (con influsso sulla capacità lavorativa) di: sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno a sin. su: alterazioni statiche; alterazioni degenerative a carattere diffuso di tipo osteocondrico e spondiloso da Th 11 fino a S1 con discopatia importante a livello del segmento L1-L2, restringimento del canale spinale; stato dopo intervento per ernia discale ds. L4-L5 nel 1977 e reintervento per recidiva nel 1986; sindrome cervicovertebrale su iniziale alterazione degenerativa osteocondrotica a livello C6-C7;

periartropatia omeroscapolare tendinopatica della spalla sin. con piccola calcificazione periarticolare nonché leggera sintomatologia di impingement e iniziale poliartriosi delle dita delle mani. I periti incaricati hanno evidenziato anche la diagnosi (senza ripercussioni sulla capacità di lavoro) di: diabete mellito tipo II non insulino-dipendente, noto dal 2003, ben equilibrato, senza complicazioni; tendenza allo sviluppo di un reumatismo della parte molli a carattere fibromialgico; ipertensione arteriosa essenziale trattata; obesità corporea (BMI: 32%); iperopia, astigmatismo misto, presbiopia; stato dopo intervento chirurgico di decompressione del nervo mediano a livello del canale carpale ds. nel 1998; dilatazione del sistema pielocaliceale del rene sn. di origine da determinare; asma bronchiale di probabile origine intrinseca, nota dal 2003, attualmente ben equilibrata dal trattamento in atto; stato dopo intervento di T.V.T. per incontinenza urinaria da sforzo nel 2004 e lieve disfunzione del muscolo sfintere anale su sospetta piccola rettocele anteriore. Gli esperti del SAM hanno ritenuto che la limitazione della capacità lavorativa esiste a partire dall'evento traumatico del 29 dicembre 2000; l'assicurata è stata valutata totalmente inabile al lavoro per circa tre settimane e quindi ritenuta abile in modo completo, malgrado brevi sospensioni, per l'attività precedentemente svolta. Gli esperti del SAM hanno rilevato che, a partire dal 24 luglio 2006, la capacità lavorativa medico-teorico globale dell'assicurata nella sua attività di sarta-tagliatrice è valutabile nella misura del 60% (limitazione della capacità funzionale e del rendimento sull'arco dell'intera giornata lavorativa) mentre, in qualità di casalinga, il suo grado di capacità lavorativa è completo. Gli esperti del SAM sono quindi giunti alla conclusione che, dal punto di vista medico-teorico, da sempre l'assicurata avrebbe potuto espletare attività professionali meglio adatte ed adeguate nella misura del 75/80% (doc. 69-1/69-46).

C. Ricevuta la relazione specialistica, l'UAI-TI ha sottoposto l'incartamento al Dott. K. _____ del servizio medico regionale (SMR) che, nel suo rapporto del 21 settembre 2006, dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, ha confermato integralmente le limitazioni fisiche fissate dagli esperti del SAM come pure le conclusioni a cui sono pervenuti, precisando che l'assicurata presenta un'incapacità lavorativa del 25% (dal luglio 2002 fino al maggio 2006) rispettivamente del 40% (dal giugno 2006) nella propria professione di ritagliatrice e cucitrice mentre in attività adeguate (secondo i limiti funzionali fissati dal SAM)

presenta un'incapacità lavorativa del 20/25% a decorrere dal luglio 2002 (doc. 71-1/71-2).

In data 22 settembre 2006 l'UAI-TI ha quindi comunicato all'assicurata di aver affidato il suo incarto al Servizio di integrazione (doc. 72-1). Nel suo rapporto finale del 29 settembre 2006 la Consulente per l'integrazione professionale è giunta alla conclusione che l'assicurata è da ritenersi abile al 60% nella attività abituale (cucitrice) dal giugno 2006 (in precedenza dal luglio 2002: 75%) mentre in un'attività adeguata, rispettosa dei suoi limiti funzionali (come fissati dai medici del SAM e confermati dal Dott. K. _____), vi è una capacità lavorativa compresa tra il 75/80% dal luglio 2002. In particolare, ha ritenuto che l'assicurata potrebbe accedere ad attività leggere, poco qualificate e confacenti con il danno alla salute, ad esempio, nel settore dell'industria quale operaia generica addetta al controllo, all'imballaggio (catena insacchettatori PET), alla pulitura, alla stampa, alla tamponatura, al riempimento, alla confezione, alla preparazione e distribuzione serie oppure, nel terziario, potrebbe essere attiva nella vendita quale commessa in un chiosco o in un negozio al dettaglio (attività diversificata: vendita al banco, cassa, consiglio alla clientela, riempimento degli scaffali). Ella ha pure operato il raffronto dei redditi giungendo alla conclusione che l'assicurata presenta un grado di invalidità del 22% ed una capacità di guadagno residua del 78%. Da ultimo, ha ritenuto che, dal punto di vista professionale, l'età relativamente avanzata dell'assicurata come pure la scolarità e l'esperienza professionale specifica della stessa escludono l'applicazione di misure di riqualifica professionale con frequenza scolastica (doc. 73-1/73-3).

D. Mediante progetto di decisione del 6 ottobre 2006 l'UAIE ha quindi comunicato all'assicurata che, in base agli accertamenti effettuati, la sua richiesta di prestazioni avrebbe dovuto essere respinta (doc. 74-1/74-3). In data 27 ottobre 2006 l'assicurata ha avvertito il predetto progetto di decisione (doc. 76-1/76-2). L'UAIE ha sottoposto nuovamente l'incarto alla Consulente per l'integrazione professionale, la quale, nel suo rapporto supplementare del 7 novembre 2006, ha ribadito integralmente il suo precedente apprezzamento (doc. 77-1/78-2). A suffragio delle sue conclusioni l'assicurata ha prodotto una relazione medica del 10 novembre 2006 del Dott. S1. _____ (doc. 79-1/79-3) ed una relazione medica del 15 novembre 2006 del Dott. A. _____ (doc. 84-1/84-8).

L'amministrazione ha quindi sottoposto l'incarto al Dott. R._____, il quale, nel suo rapporto del 24 novembre 2006, ha rilevato che, dal punto di vista medico-assicurativo, meritava conferma quanto già valutato in precedenza ed, in particolare, le conclusioni della perizia del SAM e del SMR del 21 settembre 2006 (doc. 82-1). Mediante decisione del 6 dicembre 2006 l'amministrazione ha quindi respinto la richiesta dell'assicurata volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 85-1/85-5).

E. Con gravame del 19 gennaio 2007 rimesso alla posta il medesimo giorno, B._____, sempre regolarmente rappresentata dal Patronato INAS di Mendrisio, ha chiesto, sostanzialmente, l'annullamento del predetto provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad almeno mezza rendita d'invalidità. A suffragio delle sue conclusioni produce documentazione medica già agli atti.

L'UAI-TI, nel suo preavviso del 21 febbraio 2007 e l'UAIE, nelle sue osservazioni ricorsuali del 27 febbraio 2007, propongono la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, l'assicurata, con replica del 30 marzo 2007, ha ribadito l'intenzione di mantenere il ricorso ed ha prodotto, a suffragio delle proprie conclusioni, una relazione medica del 17 febbraio 2007 del Dott. S._____ ed un certificato medico rilasciato il 4 aprile 2007 dal Centro psico-sociale di Varese. In data 16 aprile 2007 l'assicurata ha inoltre prodotto: un vE._____le di pronto soccorso, un referto di una RX della spalla destra ed un rapporto di una visita otorina del 13 aprile 2007.

Dopo aver preso atto della replica dell'assicurata, l'UAI-TI, nel suo preavviso del 26 aprile 2007 e l'UAIE, nella sua duplice del 10 maggio 2007, propongono la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

L'amministrazione ha successivamente sottoposto l'incarto al Dott. E._____, il quale, alla luce della nuova documentazione prodotta, nella sua relazione medica del 15 maggio 2007, ha confermato

integralmente le conclusioni della perizia pluridisciplinare del SAM del 24 luglio 2006.

Di conseguenza, l'UAI-TI, nel suo preavviso del 21 maggio 2007 e l'UAIE, nel suo complemento alla duplica del 1° giugno 2007, ribadiscono la propria posizione processuale.

F. In data 4 dicembre 2007 la ricorrente ha versato l'anticipo di franchi 300.-- equivalente alle presunte spese processuali.

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'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Trattasi di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro

della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

2.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (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^{bis} 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^{bis} 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 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,

sono determinanti, di principio, le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e che, di regola, il giudice delle assicurazioni sociali si basa, ai fini dell'esame della vertenza, sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (DTF 121 V 366 consid. 1b). Trattandosi nel caso in esame di eventuali prestazioni riferite sia ad un periodo antecedente che posteriore al 1° gennaio 2003, occorre distinguere, dal punto di vista del diritto materiale applicabile, i periodi prima e dopo l'introduzione della LPGA, ritenuto tuttavia che le nuove norme (LPGA) non hanno apportato dal punto di vista materiale alcuna sostanziale modifica riguardo ai concetti di incapacità al lavoro, d'incapacità al guadagno, d'invalidità, di raffronto dei redditi e di revisione, e che le nozioni precedentemente sviluppate dalla giurisprudenza rimangono tuttora valide (DTF 130 V 343). Di conseguenza, conformemente al riportato principio dell'applicazione del diritto in vigore al momento in cui sorge il diritto alla prestazione, l'esame relativo all'eventuale insorgenza di un diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità del ricorrente per il periodo fino al 31 dicembre 2002, rispettivamente fino al 31 dicembre 2003, si basa sul diritto in vigore all'epoca (DTF 130 V 329 consid. 2.5 e 445) e, per il seguito, in base alle modifiche della LAI del 21 marzo 2003 in vigore dal 1° gennaio 2004 (4a revisione della LAI). Vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGA in vigore dal 1° gennaio 2004 fino al 31 dicembre 2007 mentre non trovano applicazione le modifiche della LAI del 6 ottobre 2006 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5a revisione della LAI).

5.

5.1 La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 16 settembre 2003. 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 16 settembre 2002 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 6 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).

5.2 Ai fini del presente giudizio occorre precisare che, per costante giurisprudenza, i fatti accaduti posteriormente (e che hanno modificato la situazione valetudinaria dell'assicurato) devono di regola formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo (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 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). In questo contesto occorre tenere conto altresì di tutta la documentazione medica prodotta dall'assicurata nell'ambito della presente procedura nella misura in cui permette di acclarare retrospettivamente il suo stato di salute nel periodo di riferimento.

6. Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

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

7.

7.1 In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

7.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%,

ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). 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. 1ter LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

7.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima variante si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b).

7.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

7.5 Ora, la nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). 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, 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. 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).

9.

9.1 Nel caso di specie la diagnosi, nel periodo di cognizione in questione, risulta essere condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in modo oggettivo in merito. L'assicurata risulta essere affetta da (diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa): sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno a sin. su: alterazioni statiche; alterazioni degenerative a carattere diffuso di tipo osteocondrico e spondiloso da Th 11 fino a S1 con discopatia importante a livello del segmento L1-L2, restringimento del canale spinale; stato dopo intervento per ernia discale ds. L4-L5 nel 1977 e reintervento per recidiva nel 1986; sindrome cervicovertebrale su

iniziale alterazione degenerativa osteocondrotica a livello C6-C7; periartropatia omeroscapolare tendinopatica della spalla sin. con piccola calcificazione periarticolare nonché leggera sintomatologia da impingement e iniziale poliartrosi delle dita delle mani e da (diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro): diabete mellito tipo II non insulino-ricidente, noto dal 2003, ben equilibrato, senza complicazioni; tendenza allo sviluppo di un reumatismo della parti molli a carattere fibromialgico; ipertensione arteriosa essenziale trattata; obesità corporea (BMI: 32%); iperopia, astigmatismo misto, presbiopia; stato dopo intervento chirurgico di decompressione del nervo mediano a livello del canale carpale ds. nel 1998; dilatazione del sistema pielocaliceale del rene sn. di origine da determinare; asma bronchiale di probabile origine intrinseca, nota dal 2003, attualmente ben equilibrata dal trattamento in atto; stato dopo intervento di T.V.T. per incontinenza urinaria da sforzo nel 2004 e lieve disfunzione del muscolo sfintere anale su sospetta piccola rettocele anteriore (perizia del SAM del 24 luglio 2006, rapporto del 21 settembre 2006 del Dott. K._____, relazione medica del 10 novembre 2006 del Dott. S1._____, relazione medica del 15 novembre 2006 del Dott. A._____, rapporto del 24 novembre 2006 del Dott. R._____, relazione medica del 17 febbraio 2007 del Dott. S._____, e rapporto del 15 maggio 2007 del Dott. E._____.). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi.

9.2 Giova 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 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. Per quanto concerne le conseguenze invalidanti, i periti del SAM (specialisti in psichiatria, neurologia, reumatologia, oftalmologia e

proctologia), nella relazione del 24 luglio 2006, hanno ritenuto, fondandosi sull'incarto come pure sull'osservazione personale della paziente, che la limitazione della capacità lavorativa dell'assicurata esiste a partire dall'evento traumatico del 29 dicembre 2000. L'assicurata è stata valutata totalmente inabile al lavoro per circa tre settimane ed in seguito ha potuto riprendere, malgrado brevi sospensioni, l'attività precedentemente svolta in modo completo. Gli esperti del SAM hanno ritenuto un'incapacità lavorativa dell'assicurata in qualità di sarta ritagliatrice nella misura del 25% ed hanno rilevato che, a partire dal 24 luglio 2006, la sua capacità lavorativa medico-teorico globale nell'attività di sarta-tagliatrice è valutabile nella misura del 60% (limitazione della capacità funzionale e del rendimento sull'arco dell'intera giornata lavorativa) mentre, in qualità di casalinga, il suo grado di capacità lavorativa era completo. Gli esperti del SAM hanno concluso che, dal punto di vista medico-teorico, da sempre l'assicurata avrebbe potuto espletare attività professionali meglio adatte ed adeguate nella misura del 75/80% (doc. 69-1/69-46).

Questo parere specialistico è stato condiviso appieno pure dal Dott. K._____ del servizio medico regionale (SMR) che, nel suo rapporto del 21 settembre 2006, ha confermato integralmente le limitazioni fisiche fissate dai periti del SAM come pure le conclusioni a cui sono pervenuti, precisando che l'assicurata presenta un'incapacità lavorativa del 25% (dal luglio 2002 fino al maggio 2006) rispettivamente del 40% (dal giugno 2006) nella propria professione di ritagliatrice e cucitrice mentre in attività adeguate (secondo i limiti funzionali fissati dal SAM) presenta un'incapacità lavorativa del 20/25% a decorrere dal luglio 2002 (doc. 71-1/71-2).

Per quanto concerne la relazione medica del 15 novembre 2006 del Dott. A._____ (doc. 84-1/84-8), il Dott. R._____, nel suo rapporto del 24 novembre 2006, ha rilevato che questi non fornisce nuovi elementi medici di valutazione; conferma per contro le diagnosi del SAM e le limitazioni funzionali descritte nel rapporto peritale ed esaminate dal Dott. K._____ giungendo tuttavia a conclusioni diverse per quanto concerne l'inabilità lavorativa dovute ad un diverso metro di valutazione. Il Dott. R._____ ritiene pertanto che, dal punto di vista medico-assicurativo, meritava conferma quanto già valutato in precedenza e in particolare le conclusioni della perizia del SAM e del SMR del 21 settembre 2006 (doc. 82-1).

Per quanto, invece, concerne la relazione medica del 17 febbraio 2007 del Dott. S._____ ed il certificato medico rilasciato il 4 aprile 2007 dal Centro psico-sociale di Varese come pure il referto della RX della spalla destra del 13 aprile 2007, il Dott. E._____, nel suo rapporto del 15 maggio 2007, ha rilevato che nel certificato medico rilasciato il 4 aprile 2007 dal Centro psico-sociale di Varese viene indicata la presenza di una sindrome ansioso depressiva F 41.2, ora, il medico dell'UAIE osserva che l'assicurata è stata debitamente valutata dal punto di vista psichiatrico in ambito SAM con esclusione di una problematica psichica di tipo invalidante e che la diagnosi di sindrome ansioso depressiva F 41.2 viene posta quando i sintomi dell'ansia e della depressione sono contemporaneamente presenti ma né gli uni né gli altri sono così evidenti da giustificare una diagnosi se considerati separatamente (quindi non si può parlare d'un disturbo depressivo di tipo invalidante). Nel certificato del 17 febbraio 2007 del Dott. S._____ vengono elencate le note diagnosi e conclude per una incapacità lavorativa completa: il medico dell'UAIE osserva che da questo certificato non risulta una modifica di rilievo dello stato di salute e che si tratta d'una differente valutazione dello stesso danno alla salute; nel referto della RX della spalla destra del 13 aprile 2007 la diagnosi radiologica posta è di "blocco articolare in calcificazione ovoidale a ridosso del trochite omerale" e si prevede la lisi-aspirazione della calcificazione: il medico dell'UAIE osserva che pure qui si tratta di nota patologia già debitamente valutata in ambito SAM. Il medico dell'UAIE è quindi giunto alla conclusione che la nuova documentazione medica presentata dalla ricorrente (compresa la relazione medica del 15 novembre 2006 del Dott. A._____) non permette di oggettivare o rendere verosimile una modifica sostanziale dello stato di salute dell'assicurata rispetto alla valutazione del SAM.

11. Nel caso di specie, il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui sono pervenuti gli esperti del SAM (i quali hanno peraltro esaminato personalmente la richiedente) ed i medici del servizio medico regionale (SMR) dell'UAIE (il Dott. K._____, il Dott. R._____ ed il Dott. E._____) che hanno potuto prendere visione della documentazione medica obiettiva agli atti, valutando il danno alla salute lamentato dall'assicurata sulla base di accertamenti approfonditi e completi. I loro rapporti peritali sono stati redatti con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), sono chiari nella presentazione del contesto medico ed, infine, le conclusioni a cui giungono sono logiche, fondate

e motivate. In quest'ottica pertanto le predette relazioni mediche ossequiano ampiamente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposti sub. consid. 8. Il Tribunale è quindi dell'avviso che l'assicurata beneficia di una capacità lavorativa del 75% (dal luglio 2002 fino al maggio 2006), rispettivamente del 60% (dal giugno 2006), nella propria professione di ritagliatrice e cucitrice mentre in attività adeguate (secondo i limiti funzionali fissati dal SAM) presenta una capacità lavorativa del 75% a decorrere dal luglio 2002.

12. L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido.

La Consulente per l'integrazione professionale ha tenuto conto (calcolo effettuato il 29 settembre 2006) di un salario annuo lordo, privo di invalidità, quale operaia (addetta alla ritagliatura) presso la ditta H._____ di B1._____ di complessivi Fr. 29'770.-- conseguibile nel 2003 ed aggiornato a complessivi Fr. 30'038.-- nel 2006. Essa ha tenuto conto poi di un salario annuo lordo, da invalido, in attività generiche, semplici e ripetitive di complessivi Fr. 48'585.-- nel 2004 sulla scorta di quanto stabilito dalle tabelle riguardanti i redditi annui statistici nazionali (tabella TA 1). Considerando un reddito di partenza di Fr. 48'585.-- ha effettuato una riduzione del 14,1% inerente il gap salariale. In considerazione della capacità di lavoro residua del 75% ed applicando una ulteriore riduzione del 25% per tenere conto dei fattori personali dell'assicurata (10% per attività leggere e 15% per età, difficoltà di adattamento e lungo periodo di inattività), è risultato un reddito da invalido di complessivi Fr. 23'475.--. È così giunta ad un grado di invalidità del 22% $[(30'038-23'475) \times 100] : 30'038$ (doc. 73-1/73-3).

Ora il collegio giudicante rileva innanzitutto che, per quanto concerne la determinazione del reddito da valido, deve essere preso in considerazione, conformemente a quanto previsto dalla giurisprudenza (DTF 128 V 174 confermata in DTF 129 V 222), il salario alla data dell'insorgere di un diritto alla rendita d'invalidità, cioè quando le condizioni di salute possono essere considerate come stabilizzate, e quindi, nel caso di specie, al 2003. Di conseguenza, si

deve procedere al raffronto dei redditi applicando i dati effettivi e statistici del 2003. Deve quindi essere considerato quale salario medio annuo privo di invalidità, conseguibile nel 2003 dall'assicurata quale operaia (addetta alla ritagliatura) presso la ditta H._____ di B1._____ l'importo di complessivi Fr. 29'770.--. Ora, il Tribunale rileva che per determinare il reddito da invalido devono essere applicate, conformemente alla giurisprudenza consolidata, le tabelle riguardanti i redditi annui statistici nazionali (DTF 126 V 75; DTF 129 V 472 e sentenza del Tribunale federale del 2 maggio 2007 in re V./UAIE). Di conseguenza, deve essere considerato, quale reddito da invalido, il salario mensile medio realizzabile in attività di tipo leggero non qualificate in un mercato di lavoro equilibrato nel 2002 (tabella TA 1, valori nazionali, settore privato, categoria 4, femminile, totale: La Vie économique 1/2-2005 p. 103 tabella B 10) che è di Fr. 3'820.-- per 40 ore ovvero di Fr. 3'982.35-- per 41,7 ore (La Vie économique 5-2008 p. 86 tabella B 9.2, totale) pari ad un salario annuo lordo di Fr. 47'788.20 aggiornato mediante indicizzazione (tasso 1.4; La Vie économique 5-2008 p. 87 tabella B 10.2) a complessivi Fr. 48'457.23 nel 2003. Tale salario è di fatto nettamente superiore al salario percepito dall'assicurata nella sua precedente attività. A questo proposito occorre rilevare che, secondo la giurisprudenza consolidata, qualora, già prima dell'insorgenza del danno alla salute, il reddito di una persona assicurata si situi sotto la media dei salari per un'attività equivalente e che non si possa sostenere che essa si sia volontariamente accontentata di una retribuzione modesta, si deve ammettere che gli stessi fattori che hanno inciso negativamente sul reddito da valido potrebbero anche influenzare il reddito da invalido: accertato che l'assicurato ha realizzato un guadagno inferiore alla media per dei motivi estranei all'invalidità, anche il reddito medio realizzabile sul mercato equilibrato del lavoro (reddito da invalido) va ridotto in proporzione (cfr. VSI 1999 p. 246 consid. 1; RCC 1992 p. 94, 1989 p. 483 consid. 3b, STFA del 5 dicembre 2004 nella causa S., I 630/02, consid. 2.2.2 e del 2 dicembre 2002 nella causa R., I 53/02, consid. 3.3). Nel caso concreto, il reddito da invalido medio annuo conseguibile nel 2003 dall'assicurata in attività di tipo leggero non qualificate in un mercato di lavoro equilibrato è di complessivi Fr. 48'457.23. La differenza rispetto al salario da valido effettivamente realizzato dall'assicurata di Fr. 29'770.-- è del 38.56% $[(29'770:48'457.23) \times 100] - 100$. Essendo significativa e posto che non è ragionevolmente sostenibile che l'assicurata si sia volontariamente accontentata di una retribuzione modesta, ne deve essere tenuto

conto nell'ambito della valutazione dell'invalidità (cfr. sentenza del Tribunale federale I 931/2006 del 3 ottobre 2007 consid. 5 e sentenza del Tribunale amministrativo federale C-3158/2006 del 5 dicembre 2007 consid. 10). Di conseguenza, il salario lordo da invalido statisticamente accertato di Fr. 48'457.23 deve essere ridotto del 38.56%, giungendo così ad un introito teorico annuale, dopo l'insorgenza dell'invalidità, di Fr. 29'772.13 pari a Fr. 22'329.10 (per un'attività lavorativa ridotta al 75%). L'amministrazione ha applicato una riduzione complessiva del 25% per tenere conto dei fattori personali dell'assicurata (10% per attività leggere e 15% per età, difficoltà di adattamento e lungo periodo di inattività). Il Tribunale rileva che, nel caso specifico, una riduzione del 15% consente già di tenere debitamente conto dei fattori personali e professionali indicati dall'amministrazione. Di conseguenza, applicando un riduzione adeguata del 15% consentita dalla giurisprudenza per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), si giunge ad un introito teorico annuale, dopo l'insorgenza dell'invalidità, di Fr. 18'979.74. Il confronto fra un reddito privo di invalidità di Fr. 29'770.-- ed un introito teorico annuale, dopo l'insorgenza dell'invalidità, di Fr. 18'979.74 comporterebbe quindi una perdita di guadagno del 36,24% $[(29'770-18'979.74) \times 100] : 29'770$, tasso che esclude il riconoscimento del diritto alla rendita d'invalidità.

13. Visto quanto precede B._____ non ha diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

14. A titolo di spese processuali si prelevano Fr. 300.-- (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore dal 1° luglio 2006) e non vengono assegnate indennità per spese ripetibili (art. 64 PA *a contrario*).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

A titolo di spese processuali si prelevano Fr. 300.--, importo compensato dal corrispondente anticipo versato dal ricorrente in data 4 dicembre 2007. Non si assegnano ripetibili.

3.

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

Rimedi giuridici:

Contro questa decisione può essere inoltrato entro 30 giorni ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna (cfr. art. 82 e ss, 90 e ss, 100 della legge federale del 17 giugno 2005 sul Tribunale federale, LTF, RS 173.110). Il gravame deve contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmato. La decisione impugnata ed i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati, se sono in possesso della parte (art. 42 LTF).

Data di spedizione: