



Corte III
C-6271/2008
{T 0/2}

Sentenza del 21 aprile 2010

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Stefan Mesmer, Vito Valenti;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avvocato Martino Luminati,
Sottosassa 71, 7742 Poschiavo,
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 4 settembre 2008)

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata nel 1966, ha lavorato in Svizzera dal 1984 al 1985 e dal 1989 al 2001. Da ultimo era commessa e segretaria in un negozio di generi alimentari e casalinghi, con funzione di gerente salariata. In data 27 luglio 2001 ha subito un incidente della circolazione riportando un trauma distorsivo cervicale ed una contusione alla gamba sinistra. L'infortunio fu coperto dalla Winterthur assicurazioni. Nel frattempo l'assicurata ha sviluppato una sindrome ansioso depressiva con fasi alterne di marcata gravità e periodi di relativo benessere. Della pratica dell'assicuratore infortuni si riterranno, per l'essenziale, gli elementi seguenti:

- gli atti immediatamente successivi all'infortunio e le cure prestate che escludono segni di ernia discale post-traumatica a livello cervicale od altre forme morbose radicolari;

- un referto neurologico del 23 settembre 2002, ove si conferma la presenza di dolori cervico-scapolo-omerali soprattutto a destra e già si accenna a disturbi neuropsicologici residui con uno stato d'ansia;

- un rapporto di degenza presso la Clinica federale di riabilitazione di Novaggio del gennaio/febbraio 2003 che attesta un miglioramento delle condizioni psichiche; un rapporto di degenza presso il Centro di riabilitazione di Sementina di marzo/aprile 2003 che invece indica un disturbo neuropsicologico medio-grave (cfr. in particolare la perizia ivi contenuta della Dott.ssa Iorno, psichiatra);

- una relazione di degenza presso una clinica psichiatrica (Beverin) da aprile a settembre 2003, nuovo ricovero nel febbraio 2004 per scompenso psichico;

- una relazione 14 maggio 2004 del Centro di Sementina concernente la residua capacità di lavoro dal punto di vista fisico (valutazione funzionale);

- un rapporto del Dott. B._____ del 21 aprile 2004 (su atti) per la Winterthur nel quale si escludono conseguenze somatiche dell'infortunio subito e ciò anche sulla base di filmati video;

- una relazione psichiatrica del Dott. C._____ del 25 agosto 2004 (per la Winterthur), ove si contestano, in parte, le conclusioni degli specialisti della Clinica di Beverin, e si pone la diagnosi "possibile, ma non probabile" di sindrome psico-organica; una risposta dello specialista di Beverin (Dott. D._____; indirizzata all'avv. Luminati) ove si conferma l'assoluta incapacità al lavoro della nominata;

Con decisione 4 ottobre 2004, l'assicuratore infortuni ha soppresso il versamento di prestazioni a decorrere dal 1° settembre 2004. L'assicurata, rappresentata dall'avv. Luminati, ha formulato opposizione chiedendo il riconoscimento del diritto a una rendita d'invalidità e a un'indennità per la menomazione subita. Nel corso della procedura di opposizione sono stati ulteriormente acquisiti ad atti:

- un rapporto relativo ad un terzo ricovero a Beverin da novembre 2004 a febbraio 2005 per grave sindrome psico-organica e dipendenza da sedativi ed ipnotici;

- una perizia psichiatrica del Dott. E._____ (Lugano) del 1° luglio 2005 (per la Winterthur) attestante un disturbo dell'adattamento, disturbo somatoforme persistente in personalità con tratti narcisistici, uso dannoso di farmaci; l'esperto dichiara l'interessata abile al cento per cento nel suo precedente lavoro, non essendoci peraltro un nesso di causalità tra gli attuali disturbi e l'incidente del 27 luglio 2001;

- un contro-rapporto della psichiatra Dott.ssa J._____ del 2 maggio 2005, la quale pone in evidenza una grave sofferenza psichica in un quadro di sindrome depressiva, a tratti di tipo "maggiore", con nesso di causalità evidente con l'infortunio subito;

- la risposta del perito (Winterthur) Dott. E._____ del 24 ottobre 2005 che contesta diversi elementi diagnostici e valutativi della Dott.ssa J._____.

Con decisione del 6 gennaio 2006, la Winterthur ha respinto l'opposizione. L'assicurata ha impugnato tale provvedimento innanzi al Tribunale amministrativo del Cantone dei Grigioni. La parte ricorrente ha prodotto una dettagliata perizia psichiatrica allestita il 30 gennaio 2006 dal Dott. F._____, nella quale, sostanzialmente, sono contestate le conclusioni del Dott. E._____ e condivise quelle alle quali sono giunti gli psichiatri J._____ e D._____ (Beverin); l'esperto di parte rileva in particolare un disturbo dell'adattamento con

umore misto ansio-depressivo grave con deficit neurologici, sindrome da dolore somatoforme nel quadro di una sindrome post-traumatica da stress; egli ritiene la paziente invalida in misura completa e reputa che i disturbi lamentati ed oggettivati siano in stretta relazione con l'infortunio subito (nesso di causalità naturale). Con sentenza del 9 maggio 2006, cresciuta in giudicato, il Tribunale menzionato ha respinto l'impugnativa negando il nesso di causalità degli attuali disturbi con l'infortunio subito e confermando pertanto la legittimità della sospensione delle prestazioni dal 1° settembre 2004.

B.

In data 12 novembre 2002, A._____ ha formulato una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'Ufficio AI del Cantone Grigioni, competente per esaminare nel merito la domanda, ha atteso la conclusione della vertenza con l'assicuratore infortuni acquisendone gli atti. Alla fine del 2006 ha istruito la procedura.

L'Ufficio AI cantonale ha disposto una visita polispecialistica presso il Servizio di accertamento medico dell'invalidità (SAM) di Bellinzona. Nel gennaio 2007 l'assicurata è stata sottoposta a consulti in neuropsichiatria (Dott. G._____), neurologia (Dott. H._____) e reumatologia/ortopedia (Dott. I._____). Nella relazione finale dell'8 febbraio 2007, i periti incaricati hanno posto la diagnosi sostanziale di depressione maggiore senza sintomi psicotici su di una grave sindrome da disadattamento, esiti di politrauma distorsivo/contusivo della colonna vertebrale, trauma cerebrale, sindrome da dolore somatoforme ed innumerevoli disturbi neurovegetativi (dettaglio nella parte in diritto). Gli esperti incaricati hanno ritenuto che l'interessata è del tutto inabile a riprendere l'attività di gerente di negozio, mentre è da considerarsi abile al 50% in attività più semplici (presenza tutto il giorno, rendimento ridotto).

La richiedente è anche stata sottoposta ad un accertamento per la capacità nella sua economia domestica (che rappresentava il restante 20% della sua occupazione), dal quale risulta, poste le singole incombenze e le relative possibili limitazioni, un'incapacità globale del 25.40% (accertamento del 9 agosto 2007, rapporto del 21 settembre successivo).

Con progetto di decisione del 26 settembre 2007 (decreto provvisorio), l'Ufficio AI del Cantone dei Grigioni ha comunicato all'assicurata,

rappresentata dall'avv. Luminati, che non esisteva alcun diritto alla rendita in quanto il tasso d'invalidità attingeva solo il livello del 36.54%. Per quanto riguarda l'attività lucrativa svolta all'80% è stato posto un salario precedente l'invalidità (attualizzato al 2006) di Fr. 31'180.- (come gerente) e un salario con invalidità di Fr. 18'917.- corrispondente a un'invalidità del 39.33%. Per quanto riguarda la parte consacrata all'economia domestica (pari al 20%) è stata ritenuta l'incapacità del 25.40% conformemente all'accertamento del 9 agosto 2007. Sommando l'80% di 39.33% (31,46%) al 20% di 25.40% (5,08%) si ottiene un grado d'invalidità del 36.54%. L'assicurata ha contestato tale progetto con scritto dell'avv. Luminati del 23 ottobre 2007, affermando che il salario precedente l'invalidità era di Fr. 35'905.25. L'avv. Luminati ha poi postulato che non si applichi un tasso d'invalidità dell'80% sul 40% nell'attività lucrativa, bensì l'80% sul 60% presumendo uno sbaglio dell'amministrazione che avrebbe confuso la capacità lavorativa restante con l'incapacità lavorativa del 60%.

Con ulteriore (secondo) decreto provvisorio del 4 marzo 2008, l'Ufficio cantonale, tenendo parzialmente conto delle osservazioni dell'assicurata, ha ricalcolato l'incapacità di guadagno al 42.92% basandosi sui seguenti dati 2006: reddito senza invalidità Fr. 35'905.- (come richiesto dall'interessata), con invalidità Fr. 18'917.-, perdita di guadagno 47.31% e all'80% del 37,84%. Come casalinga viene confermata l'invalidità del 5.08% (20% di 25,40%) per un totale di 42.92%.

Con presa di posizione del 20 marzo 2008, l'assicurata ha contestato il nuovo progetto di decisione non dichiarandosi d'accordo sui redditi dopo l'insorgenza dell'invalidità. L'amministrazione ha tenuto conto di tali osservazioni, ma non le ha ritenute influenti.

Mediante decisione del 4 settembre 2009, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), competente per notificare le decisioni agli assicurati non residenti in Svizzera, ha erogato in favore di A. _____ un quarto di rendita dell'assicurazione AI con effetto 1° luglio 2002 (un anno dopo l'infortunio).

C.

Con il ricorso depositato il 1° ottobre 2008, A. _____, sempre rappresentata dall'avv. Luminati, chiede, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad almeno la mezza rendita AI, protestando spese e ripetibili. L'insorgente contesta in particolare il

calcolo comparativo dei redditi chiedendo un'adeguata riduzione del reddito da invalido per motivi personali, in applicazione della giurisprudenza in vigore. L'insorgente ricorda che la grave diagnosi posta al SAM di Bellinzona e la storia medica abbondantemente documentata ad atti giustificano tale riduzione.

D.

Nella sua risposta di causa del 14 novembre 2008, l'Ufficio AI del Cantone Grigioni propone la reiezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio. A questa soluzione si è allineato l'UAIE nella sua risposta del 27 novembre 2008.

Dopo aver preso atto di queste osservazioni, l'avv. Luminati, con replica del 3 dicembre 2008, ha ribadito l'intenzione della propria assistita di mantenere il ricorso.

Con decisione incidentale dell'11 dicembre 2008, il Tribunale amministrativo federale ha inviato la parte ricorrente a voler versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato regolarmente versato il 22 dicembre 2008.

Diritto:

1.

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

2.

2.1 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 del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (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.

2.2 Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

2.3 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). La ricorrente ha versato un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

3.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora

il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

3.3 L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

4.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5^a revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che, il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

5.

La ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 12 novembre 2002. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) 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 la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 12 novembre 2001 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 4 settembre 2008, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6.

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

ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

Nella specie, la ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, l'interessata adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

7.

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

7.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). Fino al 31 dicembre 2003 era dato il diritto alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed il diritto alla rendita intera con un grado d'invalidità dei due terzi almeno (66,67%), mentre non era previsto il diritto ai tre quarti di rendita. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità

inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

7.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

7.5 Per gli art. 5 LAI ed 8 cpv. 3 LPGA gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica o psichica non esercitavano

un'attività lucrativa e dai quali non si può esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete.

8.

8.1 L'assicurata non ha praticamente più lavorato dopo il 27 luglio 2001, data dell'infortunio. Di scarso rilievo sono i tentativi di ripresa del lavoro dal 21 ottobre al 14 dicembre 2001 e quelli, a tempo parziale, per un breve periodo nell'aprile/giugno 2002.

8.2 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, Pratique VSI 2000 p. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

8.3 Ai fini del presente giudizio occorre precisare che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 5 e 28 cpv. 2^{bis} nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007 e art. 8 cpv. 3 LPGA). L'art. 27 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201) precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

8.4 Va precisato che secondo l'art. 28 cpv. 2^{ter} LAI (nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007 corrispondente all'art. 28a cpv. 3 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008) qualora l'assicurato eserciti un'attività lucrativa a tempo parziale, o collabori gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità, per questa parte, è determinata secondo l'art. 16 LPGa. Se, inoltre, svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2^{bis}. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e quella dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti (metodo misto).

9.

9.1 Nel caso in esame, l'Ufficio AI del Cantone dei Grigioni, dopo la domanda depositata nel novembre 2002, ha atteso l'esito conclusivo della vertenza con l'assicuratore infortuni. L'incarto di quest'ultimo contiene molte perizie e controperizie, attestati di degenza ospedaliera. Per la Winterthur era determinante stabilire se vi fosse un nesso di causalità fra l'incidente del luglio 2001 e l'insieme delle doglianze attestate nei vari referti medici. Se è vero che la sentenza del Tribunale amministrativo del Cantone dei Grigioni del 9 maggio 2006 ha posto fine alla vertenza in quella sede, le perizie che precedono tale procedura, sinteticamente ricordate nella parte in fatto, sono estremamente divergenti fra di loro per cui è da condividere la soluzione adottata dall'Ufficio cantonale AI di far allestire un accertamento proprio, volto a risolvere i quesiti valetudinari più pertinenti per le problematiche poste in quest'ultimo ramo assicurativo.

L'indagine svolta al SAM di Bellinzona ha permesso di evidenziare una depressione di tipo maggiore, senza sintomi psicotici su di una grave sindrome da disadattamento innestata su di un disturbo di personalità di tipo istrionico e conversivo; stato dopo incidente della circolazione il 27 luglio 2001 con politrauma e verosimilmente trauma distorsivo/contusivo della colonna vertebrale, trauma cerebrale, sviluppo di una sindrome del dolore cronico e di innumerevoli disturbi neurovegetativi.

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 (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007). 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 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.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il collegio giudicante si fonderà in primo luogo sulla perizia del SAM. Questo Tribunale considera che questo accertamento sanitario è completo, anche perché tiene conto delle patologie extra-infortunistiche. L'assicuratore infortuni ha infatti escluso un nesso di causalità diretto fra l'incidente del luglio 2001 e le doglianze psichiatriche.

Va ricordato che una perizia richiesta dall'UAIE o dall'Ufficio cantonale AI (in casu un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte. Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). In questo contesto l'Ufficio AI agisce quale organo amministrativo preposto all'attuazione della legge, sicché le perizie ordinate in adempimento di questo compito non possono essere considerate di parte o non conclusive alla luce di altri referti (DTF 123 V 175 e 122 V 157). Il Tribunale federale ha inoltre precisato che deve essere considerata rilevante una perizia affidata al SAM, negando che tale servizio medico possa essere considerato parte in causa per sussistenza di un vincolo per cui l'istituto medesimo sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione per l'invalidità.

Determinante è invece la circostanza che la perizia del SAM rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352, consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c).

10.2 Sul piano valetudinario, lo psichiatra del SAM (Dott. G._____) ritiene non più proponibile l'attività di gerente in un negozio di alimentari. Gli elementi clinici e psichiatrici documentati agli atti ed osservati durante l'esplorazione (problemi di concentrazione, di adattamento, di continuità operativa, di lability emotiva e di inconstanza) depongono, abbondantemente, per l'esclusione della ripresa della precedente attività. L'esperto precisa tuttavia che la peritanda potrebbe svolgere, al 50%, un lavoro semplice con mansioni ridotte sia nell'ambito commerciale (come da sua formazione specifica), sia in altro ambito (come da esperienze professionali del passato nel settore alberghiero, commercio al dettaglio in cartoleria o bigiotteria). Il perito specialista non pone invece alcuna invalidità in ambito domestico.

10.3 Sotto il profilo neurologico il perito (Dott. H._____) ha posto in evidenza un'ipotesia tattile ed algica all'emisoma destro, ma con sensibilità profonda conservata. La paziente non presenta segni di disfunzioni cerebellari o sindromi piramidali. Il Dott. H._____ osserva tuttavia che vi è una tendenza all'aggravazione senza poter distinguere se si tratti di una forma consapevole od inconsapevole. Comunque, non sussistono dei deficit cognitivi oggettivabili. Peraltro, precisa l'esperto, l'incidente stesso del 2001, per le sue caratteristiche (scarsa gravità, assenza di danni commotivi/cerebrali) non induce a far pensare a problemi neurologici maggiori. Il Dott. H._____ procede comunque a tutti quei test e quelle investigazioni neurologiche atte a porre in evidenza eventuali turbe, ma giunge alla conclusione che non vi è nessun segno oggettivo per un danno al sistema nervoso centrale o periferico, incluse le radici cervicali e lombari, come non vi è

nemmeno un evidente danno cognitivo neuropsicologico oggettivo. Tant'è che il Dott. H._____ afferma di non potere evidenziare una patologia neurologica e che, pertanto, non vi è nessuna compromissione della capacità lavorativa da questo profilo.

10.4 Dal lato ortopedico l'esperto incaricato (Dott. I._____) osserva che la paziente non ha più potuto riprendere la sua attività professionale a causa del trauma distorsivo del rachide cervicale. Egli evidenzia ancora un quadro algico diffuso di carattere essenzialmente fibromialgico con dolori però evocabili in modo incostante sia sul tronco che alle 4 estremità. Egli annota un'importante contrattura della muscolatura cervicoscapolare a destra, anche questa non costante, mentre la motilità della colonna vertebrale non sembra essere particolarmente limitata. L'esperto ortopedico sostiene che la paziente presenta un classico sviluppo somatoforme in stato dopo trauma distorsivo-contusivo della colonna vertebrale, senza oggettivamente lesioni osteomuscolari significative. Per quanto riguarda il giudizio valetudinario, il perito riferisce di non poter giustificare un'incapacità lavorativa superiore al 20% per l'attività precedentemente svolta. Nell'ambito casalingo egli pone lo stesso tasso d'invalidità.

10.5 Riprendendo i tre rapporti specialistici, i periti del SAM affermano che l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorico globale è nullo nel precedente lavoro a causa delle limitazioni psichiatriche sopra descritte. La perizianda è invece da ritenere capace al lavoro nella misura del 50% (rendimento ridotto sull'arco di un'intera giornata lavorativa) in attività senza particolari responsabilità organizzative o gestionali, nel campo della vendita, oppure quale ausiliaria nei settori in cui in passato aveva operato.

Il collegio giudicante non ha dunque alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni alle quali è giunto il SAM. Vero è che gli esperti incaricati non hanno effettuato un'approfondita indagine retrospettiva. Essi hanno comunque affermato che la limitazione della capacità di lavoro descritta esiste a partire dall'evento traumatico del 27 luglio 2001. Da allora, lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro non ha presentato mutamenti duraturi. Dagli atti, osservano i medici del SAM, risulta che l'assicurata ha potuto riprendere in parte l'attività di venditrice dal 15 ottobre 2001 e poi dal 28 aprile al 6 giugno 2002, tuttavia limitatamente nella misura del 50% e non più assumendo il ruolo di gerente responsabile, attività che peraltro non è più esigibile

dopo l'infortunio. In sostanza, dopo l'infortunio non vi sono elementi per sostenere che lo stato di salute dell'interessata si sia aggravato o peggiorato in modo sensibile.

Ancora si può osservare che la parte ricorrente non ha chiesto, in modo esplicito, una diversa valutazione della sua capacità lavorativa residua a partire dall'evento traumatico del luglio 2001. L'insorgente ha principalmente censurato il raffronto dei redditi, postulando una riduzione del salario statistico da invalida, senza però rimettere in discussione esplicitamente la valutazione medica (cfr. ricorso cifra 3).

11.

11.1 L'invalidità è determinata in base ai principi illustrati al considerando 8 di questa sentenza al quale si rimanda. L'autorità inferiore ha stabilito un grado d'invalidità di 42.92%, ciò che ha permesso di riconoscere un diritto al quarto di rendita. Il calcolo svolto dall'Ufficio cantonale AI non può tuttavia essere integralmente ripreso dal collegio giudicante, poiché contiene alcune imprecisioni. Occorre inoltre statuire in merito alle censure relative al salario statistico da invalida che, secondo la parte ricorrente, non terrebbe conto della sua reale capacità di guadagno. L'Ufficio AI cantonale non avrebbe in particolare ridotto il salario da invalida come consentito dalla giurisprudenza in materia (vedi di seguito consid. 11.4.3).

11.2 Per operare il raffronto dei redditi prima e dopo l'invalidità si terrà conto dei dati 2002 e non 2006 come ritenuto dall'amministrazione. Infatti, secondo la giurisprudenza il salario da valido e quello da invalido devono essere indicizzati fino alla data dell'insorgere di un diritto alla rendita d'invalidità, cioè fino a quando le condizioni di salute possono essere considerate come stabilizzate (DTF 128 V 174 confermata in DTF 129 V 222).

11.3

11.3.1 Dal questionario del datore di lavoro, sottoscritto il 31 gennaio 2003, risulta che nel 2000, l'interessata, lavorando all'80% come gerente-responsabile del negozio di alimentari appartenente ad una catena di distribuzione (lavoro dipendente), ha conseguito un reddito annuo lordo di Fr. 35'808.20 (cfr. anche lettera della Winterthur al datore di lavoro del 5 dicembre 2001). Nel 2001 il salario è tuttavia

umentato a Fr. 42'085.- (vedi allegati al questionario del datore di lavoro).

11.3.2 Ora, di regola, è ritenuto reddito di persona non invalida l'ultimo reddito precedente l'insorgere del danno alla salute, aggiornato al momento determinante per il calcolo dell'invalidità conformemente all'evoluzione dei salari nominali del settore interessato (VSI 2000 p. 310). Visto che l'interessata ha lavorato fino al luglio 2001, è quindi determinante il salario percepito da ultimo nel 2001. Questo importo deve essere poi aggiornato al 2002, quando cioè potrebbe insorgere il diritto eventuale alla rendita d'invalidità.

L'importo di Fr. 42'085.- tiene conto non solo del salario propriamente detto, ma anche di un premio fedeltà ("Treueprämie"), di un rimborso spese ("Spesenentschädigung"), di una gratifica ("Gratifikation") e di un'indennità per anzianità di servizio ("Dienstalterzulage") pari a Fr. 1'200.-. Visto che il premio fedeltà, il rimborso spese e la gratifica sono stati versati anche nel 2000 e nel 2002, si deve tenerne conto nell'ambito del salario da valida, mentre non si giustifica prendere in considerazione l'indennità per anzianità di servizio. Infatti, quest'ultima allocazione è stata versata una sola volta nel 2001 e si tratta verosimilmente di un importo unico. Si ottiene quindi un salario da valida di Fr. 40'885.- nel 2001.

Questo importo deve essere aggiornato al 2002 (+ 1.9%), quando potrebbe insorgere il diritto alla rendita, ciò che comporta un reddito senza invalidità di Fr. 41'661.81 (La Vie économique, 12-2006, Tavola B 10.2).

11.4

11.4.1 Quale reddito da invalida occorre riferirsi a quello ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate (commercio al dettaglio, operaia non qualificata, cassiera, ecc.). Conformemente alla giurisprudenza (RSAS 2007 pag. 64) devono essere applicate le statistiche nazionali e non quelle cantonali o regionali come invece ritenuto dall'Ufficio AI cantonale. In base ai dati dell'Ufficio federale di statistica, inchiesta sui salari, valori 2002, tavola TA1, livello di qualificazione 4, donne, il reddito da invalido ammonta a Fr. 3'820.- mensili o Fr. 45'840.- annuali.

Bisogna poi adeguare questo dato alle ore settimanali secondo la durata normale media lavorativa nel 2002 che corrispondeva a 41.7

ore (cfr. La Vie économique, 12-2006, Tavola B 9.2). Infatti i dati statistici si fondano su di una base standardizzata di 40 ore settimanali. Ne consegue il calcolo seguente: (Fr. 45'840.- : 40 ore) x 41.7 ore = Fr. 47'788.20.

11.4.2 La perdita di guadagno della parte consacrata a un'attività lucrativa deve essere fissata secondo l'art. 16 LPG (DTF 125 V 146). Di principio, nell'ambito del metodo misto, per definire l'attività esigibile, ci si deve riferire a quella che è medicalmente esigibile (vedi sentenza del TF I 156/04 del 13 dicembre 2005 consid. 6 e 7).

La perizia del SAM ha accertato che la capacità di lavoro residua dell'interessata è del 50% in attività sostitutive, precisando che si tratta di un'attività svolta sull'arco di una normale giornata lavorativa, ma con un rendimento ridotto (cfr. perizia cifra 9). Il reddito da invalido corrisponde quindi al 50% di un lavoro di sostituzione che, come prima dell'insorgere dell'invalidità, dovrebbe essere prestato sull'arco di quattro giorni. L'attività di sostituzione, svolta all'80%, comporta un reddito da invalido annuo di Fr. 38'230.56. Il reddito da invalido che l'interessata potrebbe percepire in un'attività sostitutiva, da effettuare al 50% dell'80%, ammonta quindi a Fr. 19'115.28.

11.4.3 Il reddito teorico da invalida può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurata (DTF 126 V 75), quali età, handicap. La parte ricorrente ne ha richiesto esplicitamente l'applicazione. Di principio, secondo la giurisprudenza menzionata, il giudice non può, senza valido motivo, scostarsi dalla valutazione operata dall'amministrazione. In altre parole, la stessa gode di un ampio potere d'apprezzamento. Nel caso in esame, l'Ufficio AI cantonale non ha applicato nessuna riduzione. Lo scrivente Tribunale, vista l'età dell'assicurata (classe 1966) e l'handicap presentato (danno psichico), è tuttavia del parere che una riduzione del 10% permetterebbe di tenere conto di tutte le circostanze, in particolare del fatto che l'interessata può lavorare in attività sostitutive ma solo a tempo parziale. Pertanto, il reddito da invalido può essere fissato a Fr. 17'203.75 (19'115.28 – 10%).

11.4.4 Per quanto riguarda la parte consacrata all'attività lucrativa, il reddito dopo invalidità di Fr. 17'023.75 raffrontato a quello prima dell'invalidità di Fr. 41'661.81 corrisponde a un grado d'invalidità del 59.138%.

11.5 Per quel che attiene all'invalidità come casalinga, che corrisponde al 20% restante, il collegio giudicante non può che rimettersi alle conclusioni alle quali sono giunti i periti del SAM ed alla dettagliata indagine d'accertamento sul rendimento nell'economia domestica eseguita il 9 agosto 2007 (rapporto del 21 settembre 2007). Questo accertamento non è peraltro contestato dalla ricorrente. La valutazione del lavoro domestico si basa sulle indicazioni della richiedente stessa, le quali sono controllate in una certa misura dall'amministrazione (nella specie con la visita a domicilio del collaboratore dell'Ufficio AI) sulla scorta delle risultanze mediche. Il controllo giudiziario richiede che ogni punto della valutazione sia stato determinato con cura e precisione (DTF 127 V 129 consid. 5a; VSI 2001 p. 265).

Analizzando la situazione medica con le incombenze domestiche, l'Ufficio AI giunge a ritenere che l'interessata può sicuramente incontrare difficoltà nell'ambito dei lavori più pesanti (come le grandi pulizie, stendere la biancheria, ecc.), mentre in compiti più leggeri la sua capacità resta quasi intatta (condotta dell'economia domestica, preparazione dei pasti, ecc.). Nel complesso, in base alle apposite direttive concernenti l'invalidità edite dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), l'interessata presenta un'incapacità del 25.40% nell'ambito delle consuete attività domestiche.

11.6 Pertanto, in applicazione del metodo misto, il calcolo è il seguente: $([0.80 \times 59.138\%] + [0.20 \times 25.40\%]) : 100$; ciò che permette di ottenere, sommando 47.31% a 5.08%, un grado d'invalidità del 52.39%, arrotondato al 52% (ATF 130 V 121). Ora, questo tasso dà diritto alla mezza rendita AI. Il ricorso deve essere pertanto parzialmente accolto e la decisione dell'autorità inferiore riformata nel senso che l'insorgente ha diritto a una mezza rendita d'invalidità dal 1° luglio 2002.

12.

12.1 Visto l'esito del ricorso, non sono prelevate spese processuali e l'anticipo di Fr. 300.--, versato il 22 dicembre 2008, è restituito alla ricorrente.

12.2 In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato.

Nel caso in esame, vista la memoria di ricorso e di replica, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 2'000.-, da porre a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto e la decisione del 4 settembre 2008 riformata nel senso che A._____ ha diritto a una mezza rendita d'invalidità dal 1° luglio 2002.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo spese di Fr. 300.- viene restituito alla ricorrente.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 2'000.-, la quale viene posta a carico dell'autorità inferiore.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. xxx.xxxx.xxxx.xx/xxx SCM)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

I rimedi giuridici figurano sulla pagina seguente.

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (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: