



Corte III
C-6574/2007
{T 0/2}

Sentenza del 19 novembre 2009

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig e Stefan Mesmer,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
rappresentata dal Patronato INAS,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero (UAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del
27 agosto 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il (...), nubile con un figlio, ha lavorato in Svizzera dal 1993 al 1996, dal 1997 al 2001 e dal 2003 al 2005 (doc. A 14-2 e 15-5), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. A 4-1). Dal 1° settembre 2003, è stata alle dipendenze della ditta B._____ in qualità di operaia (doc. A 3-1 e 14-2). Ha interrotto il lavoro il 16 giugno 2005 a seguito di un infortunio (caduta dalle scale dell'abitazione; doc. A 3-1) ed è stata licenziata con effetto al 30 novembre 2005 (doc. A 14-2). Il 30 maggio 2006, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. A 3-1).

B.

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

- un certificato medico del 24 gennaio 2005 del dott. D._____, nel quale è ritenuta la diagnosi di dorsolombalgia in trattamento fisioterapico ed una completa inabilità lavorativa sino al 7 febbraio 2005 (doc. B 1-3);
- i certificati medici del 14 e 22 febbraio 2005 del dott. D._____, secondo cui la paziente è affetta da tracheobronchite catarrale e che la stessa è inabile al lavoro sino al 26 febbraio 2005 (doc. B 1-8);
- i certificati medici del 17 giugno 2005 del dott. D._____, nei quali è evidenziata la diagnosi di algie localizzate alla regione lombosacrale, parzialmente al fianco sinistro e all'emitorace sinistro con parziale impotenza funzionale ai movimenti di flesso-estensione della colonna vertebrale (in esiti di trauma contusivo a seguito di caduta accidentale sulle scale di casa) e ritenuta un'incapacità lavorativa del 100% sino al 10 luglio 2005 (doc. B 1-22 e 1-26);
- i certificati medici dell'11 e 18 luglio 2005 della dott.ssa E._____, da cui emerge che l'interessata riferisce

persistenza di dolore in regione lombare irradiato lungo l'arto inferiore sinistro nonché parziale impotenza funzionale ai movimenti di flessione estensione della colonna vertebrale e la medesima necessita di riposo e cure sino al 24 luglio 2005 (doc. C 1-29 e 1-32);

- un verbale di pronto soccorso del 22 luglio 2005, da cui risulta la diagnosi di sospetta periartrite spalla destra (doc. A 26-28);
- un certificato medico del 25 luglio 2005 del dott. F._____, attestante la diagnosi di dolori lombari moderati agli arti inferiori e parestesie all'arto superiore destro; secondo il medico, l'interessata necessita di cure mediche e riposo per dieci giorni (doc. C 1-26);
- i referti di esame RM (lombosacrale) ed ecografia e RX (spalla) del 25 luglio e 12 agosto 2005 (doc. A 26-15 e 26-16);
- un rapporto medico del 4 agosto 2005 del dott. G._____, specialista in microchirurgia e chirurgia sperimentale (incaricato dall'assicurazione H._____), da cui emerge che l'interessata è affetta da trauma contusivo spalla destra e lombalgia da disturbo segmentario (diagnosi principale) nonché esiti di tenolisi per 3° dito a scatto destra ed esiti neurolisi per sindrome del tunnel carpale (STC) bilaterale (diagnosi accessorie); è altresì ritenuta un'inabilità totale al lavoro per la paziente dal 16 giugno al 12 agosto 2005, ma una capacità del 100% a partire dal 13 agosto 2005 (doc. C 1-21);
- la decisione della H._____ del 10 agosto 2005, nella quale l'assicurata (dopo un'inabilità totale al lavoro dal 16 giugno al 12 agosto 2005) è stata ritenuta abile al lavoro al 100% a far tempo dal 13 agosto 2005 con conseguente sospensione del versamento dell'indennità giornaliera (doc. C 1-19);
- lo scritto di opposizione del 26 agosto 2005 formulata dall'interessata alla decisione del 10 agosto 2005 della H._____ (l'opposizione è stata ritirata il 3 ottobre 2005; doc. C 1-7 e 1-3);
- i certificati medici del 4, 22 e 23 agosto, 12 e 23 settembre, 3 e 22 ottobre e 10 novembre 2005 della dott.ssa I._____, da cui

appare che la paziente presenta segnatamente lombalgia persistente con irradiazione del dolore agli arti inferiori nonché dolore e deficit funzionale spalla destra in riscontro di tendinopatia (a seguito di infortunio il 16 giugno 2005); la dott.ssa I._____ postula una completa inabilità lavorativa dal 4 agosto al 30 novembre 2005 (doc. B 1-18, 1-19, 1-21 e 1-24 e doc. C 1-5, 1-10, 1-12 e 1-18);

- un rapporto medico del 2 novembre 2005 del dott. J._____ (incaricato dall'assicurazione K._____), basato su una visita del 28 ottobre 2005, in cui è posta la diagnosi di lombalgia cronica persistente, senza sindrome lombo-vertebrale, senza sintomi radicolari, periartropatia omero-scapolare alla spalla destra nonché stato dopo infortunio con caduta all'indietro il 16.06.05, ed è consigliato di sottoporre l'assicurata ad una perizia reumatologico-fisiatrica (doc. B 2-13);
- i rapporti medici del 18 novembre 2005 e del 28 marzo 2006 del dott. L._____, specialista in malattie reumatiche, fisiatria e riabilitazione (incaricato dall'assicurazione K._____), basati sulle visite del 16 novembre 2005 e del 27 marzo 2006, da cui appare che l'interessata è affetta segnatamente da periartropatia omeroscapolare tendinotica residuale a destra senza impedimento funzionale di rilievo, lieve sindrome lombovertebrale cronica con/da turbe statiche modiche del rachide e discopatie lombari minime in uno stato dopo Morbo di Scheuermann toracolombare, psoriasis vulgaris et unghium, obesità (BMI 32) nonché stato dopo operazione bilaterale di una sindrome del tunnel carpale (1993/1994); il medico ha concluso che l'interessata presenta una completa capacità lavorativa sia nella precedente attività (a condizione che il lavoro venga effettuato in parte in posizione seduta) sia in un'attività adeguata alle sue condizioni (segnatamente un lavoro senza posizioni corporee statiche per più di due ore e senza movimenti al di sopra della testa) (doc. B 2-7 e 2-3);
- un referto di visita ortopedica del 14 gennaio 2006, nel quale è evidenziata la diagnosi di lombosacralgia da instabilità discale lombare bassa e lombosacrale, tendinite capolungo del bicipite e (più modesta) della cuffia dei rotatori; è proposto un trattamento di rieducazione funzionale colonna nonché ciclo di

onde d'urto alla spalla destra e postulata una completa incapacità lavorativa della paziente, anche in un'attività leggera (doc. A 26-40);

- un certificato medico del 19 gennaio 2006, secondo cui la paziente è affetta da dolore a livello della spalla nonché della colonna e confermata una completa inabilità al lavoro (doc. A 10-9; v. anche doc. A 26-25 e 26-27);
- le relazioni mediche del 20 febbraio 2006 del dott. M._____, giusta il quale l'interessata presenta sintomatologia dolorosa nonché deficit funzionale al rachide lombosacrale e alla spalla destra; il medico ha ritenuto che lo stato di salute della paziente è stazionario (suscettibile di peggioramento) e quest'ultima è inabile al lavoro al 100% per qualsiasi attività lavorativa (doc. B 1-10) rispettivamente presenta un'invalità permanente del 50% (doc. A 26-42);
- i referti di esame RX (mano e polso destro e bacino), RM (lombosacrale), ecografia (regione glutea destra e sinistra) e RMN (ginocchio destro) del 3, 15 e 23 marzo, 4 maggio e 5 luglio 2006 (doc. A 10-7, 26-23, 26-31, 26-32, 26-52 e 26-53);
- i rapporti di visita fisiatrica del 18 aprile e 18 luglio 2006, nei quali è indicato che la paziente presenta segnatamente una poliartrosi con discreto impegno funzionale e che sono stati prescritti in particolare dei trattamenti con cure fisiche e riabilitative (doc. A 26-18 e 26-19);
- un certificato medico della previdenza sociale italiana del 19 maggio 2006, da cui appare la diagnosi segnatamente di poliartrosi, esiti interventi per tunnel carpale destro e sinistro, tendinite capo lungo del bicipite spalla destra, lombosacralgia da instabilità discale lombare bassa e lombo-sacrale, psoriasi (doc. A 5-1);
- una relazione medica del 30 maggio 2006 del dott. M._____, in cui è, da un lato, descritto un quadro clinico comprendente persistente ed ingravescente lombosacralgia da instabilità discale lombare bassa e lombosacrale, persistente periartropatia omero-scapolare da tendinite del capolungo del bicipite e (più modesta) della cuffia dei rotatori alla spalla

destra, morbo di Scheuermann toracolombare, psoriasi, obesità, ansia nonché insonnia e, dall'altro, segnalata una completa inabilità per qualsiasi attività lucrativa; il medico ha ritenuto che lo stato di salute della paziente è peggiorato (doc. A 10-11);

- un referto di esame RX (ginocchia) del 21 giugno 2006 (doc. A 26-17);
- il questionario per il datore di lavoro del 13 luglio 2006 (doc. A 14-2);
- i rapporti medici del 24 luglio e 20 novembre 2006 della dott.ssa N._____, nei quale è evidenziata la diagnosi di poliartrrosi, gonartrosi bilaterale nonché tendinopatia cuffia rotatori spalla destra nonché sinistra e segnalata l'impossibilità di svolgere lavori in posizione seduta o in stazione eretta prolungata (doc. A 26-35 e 26-37; v. anche doc. A 26-36);
- un referto di biopsia cutanea gamba destra del 14 settembre 2006 (doc. A 26-49; v. anche doc. A 26-34);
- il rapporto medico del 12 ottobre 2006 della dott.ssa I._____, giusta il quale l'interessata è seguita dal 16 giugno 2005 e giustificata un'incapacità lavorativa del 100% dal 16 giugno 2005 (doc. A 22-1 e 22-3);
- un'attestazione del 5 dicembre 2006, da cui emerge la diagnosi di sospetta artropatia psoriasica (doc. A 26-33);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana dell'11 dicembre 2006, attestante iniziali note degenerative dei dischi intervertebrali lombari con riduzione del canale lombare e tendinopatia spalla destra con modesto deficit funzionale; le condizioni di salute dell'assicurata sono state definite come migliorate e la stessa è stata ritenuta in grado di svolgere regolari lavori leggeri, segnatamente il suo ultimo lavoro o un lavoro (sostitutivo) adeguato a tempo pieno. È stato segnalato che l'interessata è stata considerata invalida al 40% nella precedente attività conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza (doc. A 26-1).

C.

Nel suo rapporto del 6 dicembre 2006, il dott. O._____ ha proposto l'effettuazione di una perizia reumatologica (doc. A 24-1).

D.

La perizia reumatologica del 7 maggio 2007, effettuata dal dott. P._____, specialista in reumatologia e medicina interna, si fonda su una visita dell'interessata del 7 maggio 2007, sugli atti messi a disposizione, le informazioni fornite dalla peritanda medesima e l'esame clinico a cui la medesima è stata sottoposta. Il perito ha posto la diagnosi di sindrome toracolombospondilogenica cronica in esiti da morbo di Scheuermann, disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale e della lombare con accentuazione dell'angolo lombosacrale, scoliosi destroconvessa dorsale, sinistroconvessa lombare compensata), decondizionamento e sbilancio muscolare e minime alterazioni degenerative della colonna vertebrale, periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito bilaterale in borsite sottoacromio deltoidea e tenosinovite del tendine del capo lungo bicipite omerale a destra, minime poliartrosi delle dita, esiti da decompressione per sindrome del canale carpale bilaterale nel 1993 e 1994, esito da asportazione di encondroma alla prima falange del terzo dito alla mano destra e tenolisi III di dito a scatto nel 2001, piedi cavi bilaterali, tendenza fibromialgica, obesità (peso 77,5 kg/statura 157 cm) nonché psoriasi volgare. Il dott. P._____ ha fissato a far tempo dal 17 giugno 2005 un'incapacità al lavoro dell'assicurata del 25% nella precedente attività di operaia presso una fabbrica di cerniere (lavoro statico in posizione eretta), considerandola altresì abile al 100% in un'attività sostitutiva adeguata alle sue condizioni, descrivendo nel modo seguente l'esigibilità al lavoro dell'interessata: "sollevamento e/o trasporto di carichi: normale per pesi molto leggeri (fino a 5 kg), normale per pesi leggeri (da 6 a 10 kg), ridotta per pesi superiori a 11 kg, molto ridotta per pesi pesanti (da 26 a 45 kg) e per pesi superiori a 45 kg, normale per sollevare sopra il piano delle spalle pesi inferiori ai 5 kg, lievemente ridotta per pesi superiori; manipolazione di oggetti pesanti: lievemente ridotta per oggetti leggeri/di precisione, normale per oggetti medi, ridotta per oggetti pesanti, molto ridotta per oggetti pesanti/molto pesanti, rotazione della mano normale; posizioni di lavoro: ridotta a braccia elevate, lievemente ridotta con rotazione, normale per posizione seduta e piegata in avanti, lievemente ridotta per posizione eretta e piegata in avanti, normale inginocchiata e con ginocchia in flessione; mantenere

posizioni statiche: lievemente ridotta per posizione seduta e posizione eretta; spostarsi/camminare: normale oltre i 50 metri, per lunghi tragitti, su terreno accidentato, salire/scendere scale, esigua per ponteggi e scale a pioli; impiego delle due mani possibile normalmente; stare in equilibrio/sbilanciarsi possibile solo in parte". Infine, il perito ha postulato che l'assicurata si sottoponga ad una terapia di riabilitazione fisiatica funzionale nonché di calo ponderale (doc. A 35-1; v. anche doc. A 35-11).

E.

E.a Nel suo rapporto dell'11 giugno 2007, il dott. O._____ ha ritenuto, in virtù della citata perizia, un'incapacità al lavoro dell'interessata del 25% nella precedente attività di operaia, ma un'abilità del 100% a far tempo dal 17 giugno 2005 in un'attività confacente al suo stato di salute, ossia in un lavoro che tenga conto delle limitazioni proposte dal dott. P._____ nella perizia reumatologica del 7 maggio 2007 (doc. A 39-1).

E.b Nel rapporto del 14 giugno 2007, la consulente Q._____, del Servizio integrazione professionale dell'AI, ha reputato l'assicurata abile al lavoro al 75% nella precedente attività di operaia ed al 100% in un'attività sostitutiva adeguata alle sue condizioni (dunque rispettosa delle limitazioni funzionali indicate dal dott. P._____ nella perizia reumatologica del 7 maggio 2007), segnatamente quale addetta alla vendita di carburanti e prodotti in stazioni combinate del tipo servisol, addetta al controllo, imballaggio, etichettatura, spedizione nel campo dell'abbigliamento, confezione e maglieria, operaia nell'industria cioccolatiera e farmaceutica, impacchettatrice e imballatrice, a far tempo dal 17 giugno 2005. La consulente ha effettuato una valutazione del grado d'invalidità della medesima sulla base di un salario annuale da valida di fr. 31'329.--, conseguibile come operaia nel 2005 (secondo le indicazioni del datore di lavoro; doc. A 14-2) e l'ha contrapposto ad un salario annuale da invalida di fr. 49'070.-- in attività semplici e ripetitive, tenuto conto di un orario usuale nel 2005 di 41.6 ore settimanali nonché di un'indicizzazione del salario dell'1% rispetto al 2004 (cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica). Quest'ultimo importo è stato ridotto del 20% (49'070 - 9'814) per tenere conto dell'età, delle limitazioni funzionali e del lungo periodo di inattività dell'interessata e del fatto che quest'ultima può esercitare solo delle attività leggere. Ne deriva un

reddito con invalidità di fr. 39'256.-- tale da non comportare alcuna perdita di guadagno (doc. A 42-1).

F.

F.a Il 12 giugno 2007, l'interessata ha esibito una relazione medica del 30 maggio 2006 del dott. M._____ (doc. A 41-2 nonché doc. A 10-11).

F.b Nel suo rapporto del 21 giugno 2007, il dott. O._____ ha osservato, da un lato, che il rapporto medico esibito è stato assunto agli atti il 9 giugno 2006 e, dall'altro, ha rilevato che tale rapporto è stato tenuto in considerazione nella valutazione peritale del maggio 2007 (doc. A 45-1).

G.

Con progetto di decisione del 28 giugno 2007, l'Ufficio AI del Cantone C._____ ha comunicato all'interessata che, in virtù della documentazione medica agli atti, la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che l'esercizio di un'attività lucrativa confacente al suo stato di salute è da considerare esigibile in misura tale da escludere il diritto ad una rendita. Ha altresì concesso all'interessata la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione, delle osservazioni per iscritto (doc. A 46-1).

H.

H.a Il 26 luglio 2007, l'interessata ha prodotto una relazione medica del 16 luglio 2007 del dott. M._____ (doc. A 47-2).

H.b Nel suo rapporto del 16 agosto 2007, il dott. O._____ ha osservato che nel parere del luglio 2007 il dott. M._____ valuta l'impatto della sintomatologia soggettiva sulla capacità lavorativa dell'assicurata in modo diametralmente opposto rispetto alla perizia del dott. P._____, senza però avere apportato nuovi elementi clinici oggettivi suscettibili di giustificare tale diversa valutazione (doc. A 49-1).

I.

Nella decisione del 27 agosto 2007, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero ha respinto la domanda di prestazioni

dell'assicurazione invalidità. Ha rilevato, in virtù della perizia reumatologica del dott. P._____, che l'assicurata presenta, dopo un'inabilità totale al lavoro dal 17 giugno al 12 agosto 2005, una capacità al lavoro del 75% nella precedente attività di operaia addetta alla produzione di cerniere rispettivamente del 100% in un'attività confacente al suo stato di salute (segnatamente in un lavoro rispettoso delle limitazioni funzionali indicate nella citata perizia medica), quale ad esempio addetta alla vendita di carburanti e prodotti in stazioni, addetta al controllo, imballaggio, etichettatura, spedizione nel campo dell'abbigliamento, confezione, maglieria, operaia nell'industria cioccolatiera e farmaceutica, impacchettatrice ed imballatrice. L'autorità inferiore ha quindi considerato che l'assicurata, nell'ambito di un'attività di sostituzione, non presenta alcuna perdita di guadagno (doc. A 51-1).

J.

J.a Il 28 settembre 2007, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 27 agosto 2007 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità. Si è doluta di una valutazione non corretta del suo stato di salute. Ha esibito una relazione medica del 16 luglio 2007 del dott. M._____, documento già agli atti (doc. TAF 1).

J.b Il 18 ottobre 2007, la ricorrente ha prodotto un nuovo parere del dott. M._____ del 28 settembre 2007 ed i documenti medici del 21 luglio 2005, del 18 luglio, 19 settembre, 3 ottobre, 5 e 18 dicembre 2006 nonché del 1°, 8, 12, 13, 27 e 30 marzo, 24 aprile, 4 maggio, 20 giugno, 11, 12 e 25 luglio e 25 settembre 2007 (doc. TAF 3).

K.

Con risposta del 7 novembre 2007, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e rinviato alla presa di posizione dell'Ufficio AI del Cantone C._____ del 2 novembre 2007, secondo il quale – in virtù del rapporto del 16 ottobre 2007 del dott. R._____ – la relazione medica del luglio 2007 del dott. M._____ non comporta alcun nuovo elemento clinico tale da giustificare una modifica della valutazione della capacità lavorativa dell'assicurata. Pertanto, ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 5).

L.

Nella replica del 4 dicembre 2007, l'interessata ha contestato la valutazione del suo grado d'invalidità. Ha in particolare segnalato che, nel calcolo per la determinazione del grado d'invalidità, il reddito annuale da invalida (fr. 49'070.--) conseguibile in attività leggere e poco qualificate – secondo la tabella TA1 dell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) concernente i salari medi nazionali conseguibili nel settore privato – deve essere ridotto della medesima percentuale derivante dalla differenza tra il reddito conseguito nella precedente attività (fr. 32'269.--) ed il salario indicato nella tabella TA1 dell'ISS per identica attività e mansioni (doc. TAF 8).

M.

Con decisione incidentale del 6 dicembre 2007 (notificata il 7 dicembre 2007; cfr. avviso di ricevimento agli atti), questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo è stato versato il 17 gennaio 2008 (doc. TAF 9 a 12).

N.

Il 28 agosto ed il 27 ottobre 2008, l'interessata ha prodotto dei documenti medici del 28 maggio, 7 luglio, 29 luglio e 12 agosto 2008 (doc. TAF 13 e 15 a 19).

O.

O.a Nei suoi rapporti del 10 e 18 novembre 2008, il dott. R._____ ha osservato che la nuova documentazione esibita non riferisce di alcuna sostanziale modifica dello stato di salute dell'assicurata rispetto alla valutazione peritale del dott. P._____ alla base della decisione impugnata. Dalla documentazione è rilevabile un lieve aumento delle alterazioni degenerative. Si tratta tuttavia di una patologia fisiologica dovuta all'invecchiamento. La documentazione menziona altresì una necrobiosi lipoidica, affezione cutanea già diagnosticata nel 2006 senza ripercussioni sulla capacità lavorativa (doc. TAF 21 e 22).

O.b Nel rapporto del 10 novembre 2008, la consulente Q._____ ha effettuato una nuova valutazione del grado d'invalidità dell'assicurata, ritenuto che quest'ultima ha percepito un reddito inferiore rispetto al salario medio nel settore dell'industria tessile secondo la tabella TA1 dell'ISS (differenza salariale del 30,3%). Ne deriva in particolare un

nuovo reddito con invalidità di fr. 27'361.-- (39'256 – 11'895). La consulente ha quindi proceduto ad un nuovo calcolo comparativo dei redditi dal quale è risultato che, svolgendo attività semplici e ripetitive, l'assicurata subirebbe una perdita di guadagno del 13% $([31'329 - 27'361] \times 100 : 31'329)$ (doc. TAF 21).

O.c Nelle sue osservazioni del 10 e 18 novembre 2008, l'Ufficio AI del Cantone C._____ ha constatato, da un lato, che la documentazione medica prodotta non apporta nuovi elementi clinici tali da modificare la valutazione clinico-lavorativa dell'interessata e, dall'altro, ha rilevato che quest'ultima, nell'ambito di attività di sostituzione, presenta un grado d'invalidità del 13% che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita AI. Pertanto, ha nuovamente proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 21 e 22).

O.d Nelle dupliche del 20 e 24 novembre 2008, l'UAIE ha nuovamente proposto la reiezione del gravame e rinviato alle citate prese di posizione dell'Ufficio AI del Cantone C._____ del 10 e 18 novembre 2008 (doc. TAF 21 e 22).

P.

Il 1° dicembre 2008, questo Tribunale ha trasmesso per conoscenza alla ricorrente le dupliche del 20 e 24 novembre 2008, le osservazioni dell'Ufficio AI del Cantone C._____ del 10 e 18 novembre 2008, le annotazioni del medico del 10 e 18 novembre 2008 ed il rapporto della consulente in integrazione professionale del 10 novembre 2008 (doc. TAF 23).

Diritto:

1.

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

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità

(LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAIE).

1.3 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 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.

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

2.

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

2.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono

sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

2.3 L'art. 80a LAI 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 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2 L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del 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 5a revisione della LAI, 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.

3.3 La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 30 maggio 2006. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la

richiesta. Nel caso di specie, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 30 maggio 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 27 agosto 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

4.

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

- essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (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. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

5.

5.1 L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

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

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

5.4 Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).*

6.

6.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135). Peraltro, l'invalidità degli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa e per il resto sono dediti allo svolgimento delle proprie mansioni va computata secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi (art. 16 LPGGA) per la parte di attività lucrativa, mentre in merito all'impedimento a svolgere le mansioni consuete l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività – da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97) – conformemente all'art. 27 OAI. In tal caso occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa e quella del compimento degli altri lavori abituali e calcolare il grado d'invalidità globale in funzione dell'impedimento nei due ambiti in questione (metodo misto; cfr. DTF 125 V 148 consid. 2; sentenze del Tribunale federale 9C_35/2007 del 4 aprile 2008 consid. 2, I 503/04 del 13 settembre 2006 consid. 2, nonché in particolare I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 2 e I 540/02 del 12 maggio 2004 consid. 2).

6.2 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa. 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. 28 cpv. 2^{bis} LAI; metodo specifico). L'art. 27 OAI 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.

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

7.

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

Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

7.2 In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

8.

8.1 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3a).

8.2 In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

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

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

9.

9.1 In materia d'assicurazioni sociali, il giudice fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza poter essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante. Non è pertanto sufficiente che un fatto possa essere considerato come un'ipotesi possibile (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti).

9.2 La scelta di uno dei metodi di graduazione dell'invalidità (metodo generale del confronto dei redditi, metodo specifico o metodo misto) dipende dallo statuto attribuito al potenziale beneficiario della rendita. Se una persona sia da considerarsi appartenente all'una o all'altra di queste categorie si determina esaminando cosa essa avrebbe fatto, ritenute altrimenti le medesime circostanze, se non fosse subentrato il pregiudizio alla salute. Questo quesito si decide tenendo conto dell'evoluzione della situazione sino all'emanazione della decisione amministrativa litigiosa, ritenuto che l'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa completa o parziale va ammessa ove tale eventualità presenti un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 125 V 150 consid. 2c).

10.

Dal settembre 2003, la ricorrente è stata alle dipendenze della ditta B._____ in qualità di operaia addetta alla produzione di cerniere. Il 16 giugno 2005, ha interrotto il lavoro, allora svolto al 100%, a seguito di un infortunio (doc. A 3-1 e 14-2). L'autorità inferiore ha pertanto correttamente calcolato il grado d'invalidità dell'insorgente secondo il metodo generale del raffronto dei redditi, considerando che se non fosse sopraggiunto il danno alla salute la stessa avrebbe continuato, con probabilità preponderante, a lavorare al 100% nella sua precedente attività.

11.

Oggetto della lite è la questione di sapere se la ricorrente abbia diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera invalidità, come da lei postulato, ciò che presuppone un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno senza interruzione notevole (art. 29 cpv. 1 lett. b LAI).

11.1

11.1.1 Dalla documentazione medica agli atti emerge che la ricorrente soffre segnatamente di sindrome toracolombospondilogenica cronica in esiti da morbo di Scheuermann, disturbi statici del rachide, decondizionamento, sbilancio muscolare e minime alterazioni degenerative della colonna vertebrale, periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito bilaterale in borsite sottoacromio deltoidea e tenosinovite del tendine del capo lungo bicipite omerale a destra, minime poliartrosi delle dita, esiti da decompressione per sindrome del canale carpale bilaterale nel 1993 e 1994, esito da asportazione di encondroma alla prima falange del terzo dito alla mano destra e tenolisi III di dito a scatto nel 2001, piedi cavi bilaterali, tendenza fibromialgica, obesità (peso 77,5 kg/statura 157 cm) nonché psoriasi volgare.

11.1.2 Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante un anno.

11.2

11.2.1 Questo Tribunale osserva che la perizia reumatologica del 7 maggio 2007 del dott. P._____ (doc. A 35-1) si fonda su informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e sulle risultanze della visita dell'insorgente nonché della documentazione medica agli atti (in particolare dei rapporti medici del 2 novembre 2005 del dott. J._____, del 18 novembre 2005 e del 28 marzo 2006 del dott.

L._____ nonché del 20 febbraio 2006 del dott. M._____). Il rapporto di perizia comporta segnatamente l'anamnesi, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni della peritanda, risultati d'esami, la diagnosi, la discussione nonché la risposta alle domande poste. Tale perizia può essere considerata un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute della ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata.

11.2.2 Questo Tribunale rileva che non vi è motivo di scostarsi dalla valutazione del caso effettuata dall'UAIE e basata sui rapporti dei dott. O._____ e R._____, medici del SMR, e della consulente Q._____, del Servizio integrazione professionale dell'Ufficio AI del Cantone C._____, i quali, a loro volta, si sono fondati sulla menzionata perizia reumatologica del maggio 2007, non essendo stati presentati argomenti o prove suscettibili di far sorgere dubbi riguardo all'apprezzamento effettuato. Certo, la ricorrente ha sottolineato, in sede ricorsuale, di soffrire di affezioni, quali dolori al collo, alle spalle ed alla regione lombare e sacrale, non debitamente prese in considerazione e tali da comportare una completa inabilità lavorativa per qualsiasi attività. La stessa appare volere fondare la sua diversa opinione in particolare sulla base dei rapporti medici del 16 luglio e 28 settembre 2007 del dott. M._____. Tuttavia, come evidenziato dal dott. R._____, nei suoi rapporti del 10 e 18 novembre 2008, non è stata prodotta agli atti di causa nuova documentazione medica (segnatamente di data anteriore alla decisione impugnata del 27 agosto 2007) che comporti una nuova diagnosi o renda plausibile un peggioramento dello stato di salute (con riferimento alle conseguenze delle affezioni connesse all'infortunio del giugno del 2005) e suscettibile di dimostrare la sussistenza di limitazioni funzionali maggiori di quelle ritenute dal perito nonché dai medici dell'Ufficio AI del Cantone C._____ e suscettibili d'incidere anche sull'esercizio a tempo pieno di un'attività sostitutiva leggera. Per quanto attiene alle relazioni mediche del luglio e settembre 2007 del dott. M._____ (doc. TAF 1 e 3) come pure ai documenti medici esibiti dall'insorgente in sede ricorsuale (v. lettera J.b del presente giudizio; doc. TAF 3), giova osservare che nella misura in cui si riferiscono alle note diagnosi – segnatamente di sindrome lombosacrale, periartropatia omeroscapolare, morbo di Scheuermann, algie, psoriasi, obesità nonché necrobiosi lipidica – non apportano alcun nuovo elemento decisivo nel senso indicato dall'insorgente per la valutazione della sua capacità lavorativa. Laddove, invece, tali documenti fanno stato di

nuove patologie – quali ansia, insonnia, fibromialgia ed osteopenia – queste non sono corroborate da riscontri medici oggettivi e tanto meno è dimostrato che le stesse esistessero anteriormente alla decisione impugnata e avessero un'incidenza sulla capacità lavorativa della ricorrente. Peraltro, secondo giurisprudenza, la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (DTF 132 V 65 con riferimento alla giurisprudenza sviluppata in DTF 131 V 49). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori (presenza di una componente psichiatrica importante per gravità, intensità e durata, perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, esistenza di turbe croniche, verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita o constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata) che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di simili sforzi. Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. Nel caso concreto, i suddetti requisiti non sono adempiuti entro la data della decisione impugnata. In particolare, la diagnosticata fibromialgia non comporta un'incapacità lavorativa in assenza di patologie di tipo psichico o di trattamenti specialistici o medicamentosi, praticati secondo la regola d'arte e che non avrebbero avuto successo nonostante l'attitudine cooperativa della ricorrente. Infine, nella perizia medica particolareggiata E 213 dell'11 dicembre 2006 (doc. A 26-1) è stato considerato che le condizioni di salute dell'insorgente sono migliorate e che la stessa è in grado di svolgere a tempo pieno regolari lavori leggeri siano essi la sua precedente attività o un'attività sostitutiva adeguata.

11.3 Visto quanto precede, questo Tribunale ritiene che la ricorrente avrebbe, da agosto 2005, potuto svolgere al 75% il lavoro di addetta

alla produzione di cerniere rispettivamente al 100% un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute – dunque rispettosa delle limitazioni funzionali indicate in particolare nella perizia medica del maggio 2007 – in lavori semplici e poco qualificati sia nel settore secondario (in particolare mansioni di imballaggio, etichettatura, spedizione, operaia nell'industria cioccolatiera e farmaceutica) sia nel settore terziario (in particolare venditrice non qualificata, addetta al controllo).

12.

Ciò premesso, occorre esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

12.1 Questo Tribunale osserva che il calcolo effettuato dall'UAIE per la determinazione del grado d'invalidità (cfr. lettere E.b. e O.a del presente giudizio) si fonda sul salario con e senza invalidità come fissati dalla consulente in integrazione professionale nei rapporti del 14 giugno 2007 e del 10 novembre 2008 (doc. A 42-1 e doc. TAF 21).

12.2 L'autorità inferiore ha considerato quale reddito annuale da valida il salario conseguibile dalla ricorrente nel 2005 (secondo le indicazioni del datore di lavoro; doc. 14-2), ossia fr. 31'329.--.

12.3 L'UAIE ha inoltre ritenuto quale reddito da invalida, il salario annuale ottenibile dall'insorgente nel 2005 in attività semplici e ripetitive, ossia fr. 27'361.--, tenuto conto del salario medio annuale nel 2004 sulla base della tabella TA1 dell'ISS (fr. 3'893.--), di un orario usuale di 41.6 ore settimanali, di un'indicizzazione del salario dell'1% rispetto al 2004 (cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica), di una riduzione del 20% per tenere conto delle particolarità personali e professionali della ricorrente nonché di una riduzione del 30,3% (differenza salariale) per tenere conto del fatto che la medesima, da valida, ha percepito un reddito inferiore rispetto al salario medio nel settore dell'industria tessile secondo la tabella TA1 dell'ISS.

12.3.1 Questo Tribunale rileva che secondo la giurisprudenza, allorquando il reddito da valido è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente e la persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza spontaneamente accontentarsi di ciò, si procede ad un parallelismo dei due redditi di paragone. In particolare, questo

parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico (cfr. DTF 134 V 322 consid. 4.1; sentenza del Tribunale federale I 630/02 del 5 dicembre 2003 consid. 2.2.2). Tuttavia, in una sentenza del 12 dicembre 2008, il Tribunale federale ha precisato che laddove un reddito da invalido medio può essere effettivamente o, comunque, ragionevolmente conseguito dall'assicurato, non sussiste alcun motivo, allorquando si procede al calcolo del grado d'invalidità secondo il metodo del raffronto dei redditi, di procedere al parallelismo di tali redditi, ossia all'aumento del salario da valido (inferiore alla media per motivi economici) o alla diminuzione del salario da invalido (cfr. DTF 135 V 58).

12.3.2 Per quel che concerne la determinazione del salario da invalida, occorre pertanto osservare che il calcolo effettuato dall'autorità inferiore durante la procedura ricorsuale, a prescindere dalla sua correttezza in relazione alla menzionata giurisprudenza del Tribunale federale, tiene conto delle richieste della ricorrente. Pertanto, anche volendo, nell'ipotesi più favorevole alla ricorrente, prendere in considerazione il reddito da invalida ritenuto per ultimo dall'autorità inferiore (doc. TAF 21), il tasso d'invalidità del 13% [con una riduzione del 20%; $([31'329 - 27'361] \times 100 : 31'329)$] e del 18% [con una riduzione del 25%, riduzione che sarebbe tuttavia eccessiva nel caso di specie conto tenuto dell'insieme delle circostanze determinanti; $([31'329 - 25'652] \times 100 : 31'329)$] risulta insufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI.

13.

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

14.

14.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dalla ricorrente stessa il 17 gennaio 2008.

14.2 Alla ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

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. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato il 17 gennaio 2008, è computato con le spese processuali.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

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