



Corte III
C-7112/2008
{T 0/2}

Sentenza del 16 aprile 2010

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Elena Avenati-Carpani, Johannes Frölicher;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
rappresentata dal Patronato INAS, via G. Lanz 25,
6850 Mendrisio,
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 7 ottobre 2008)

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata nel 1964, ha lavorato in Svizzera dal 1990 come frontiera, operaia di produzione (controllo finale e conteggio) presso una ditta di cerniere a lampo nel Cantone Ticino, in ragione di 41 ore settimanali. Dal 10 aprile 2000, per ragioni di malattia, ha ridotto la sua attività al 50% ed in data 18 ottobre 2000 ha inoltrato all'Ufficio AI del Cantone Ticino una domanda volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Era rimasta assente dal lavoro a diverse riprese da luglio 1999. L'indagine medica relativa a questa domanda aveva posto in evidenza che l'assicurata era portatrice di un'artrite reumatoide sieronegativa, disturbi statici del rachide, decondizionamento muscolare, alterazioni degenerative lombari (cfr. perizia reumatologica del Dott. D._____, per l'Ufficio AI cantonale, del 6 marzo 2002), ciò che non le avrebbe impedito di lavorare a tempo pieno, secondo il perito; ipermetropia; stato dopo emorragia retinica in OD (cfr. rapporto del Dott. B._____ del 23 settembre 2003), coliche renali, patologie giudicate pure non invalidanti. Con una decisione del 10 ottobre 2003, poi annullata per vizio di forma, veniva disposto il rifiuto di prestazioni per carenza d'invalidità di livello pensionabile. L'interessata ha esibito una perizia del Dott. C._____ del 20 novembre 2003, ove veniva evocata, fra l'altro, una fibromialgia. L'accertamento sanitario venne perfezionato nel novembre 2004 con nuova visita dal Dott. D._____ (15 novembre), il quale attestò una sindrome fibromialgica generalizzata, artrite reumatoide sieronegativa, disturbi statici del rachide ed alterazioni degenerative della colonna lombare e ritenne la paziente abile al 100% nella sua abituale attività. Mediante decisione del 17 marzo 2005, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAI; ora Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, UAIE) ha respinto la domanda di rendita. Questo provvedimento è stato confermato con decisione su opposizione del 23 febbraio 2006. Nel frattempo è pervenuta una perizia medica particolareggiata (E213) eseguita presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale di Como (INPS), ove in base alla diagnosi nota è stato posto un tasso d'invalidità del 50%.

B.

A._____ ha presentato ricorso contro la decisione su opposizione innanzi alla Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per

le persone residenti all'estero (CFR AVS/AI). Ha prodotto, fra l'altro, a sostegno del suo gravame, una nuova perizia del Dott. C._____ del 15 marzo 2006, il quale, nella sostanza ricorda che dopo un trattamento con diversi medicinali ed una necessaria sospensione di questo (2005), la paziente ha accusato un fenomeno di esacerbazione delle artralgie (articolazioni periferiche, spalle, affaticamento cronico) per cui l'attività di 4 ore al giorno costituirebbe il massimo che si potrebbe esigere dalla paziente.

Nel suo rapporto del 26 aprile 2006, ai fini della risposta di causa, il Dott. E._____, dell'Ufficio AI cantonale, ha affermato che la perizia del Dott. C._____, non dimostrerebbe alcun peggioramento del quadro patologico rispetto a quanto già constatato dal Dott. D._____. Nel preavviso dell'8 maggio 2006, l'Ufficio AI ticinese ha dunque proposto la reiezione dell'impugnativa.

In fase di replica, l'assicurata ha prodotto una serie di esami cardiologici (eco ed elettrocardiogramma, esame specialistico del febbraio/marzo 2007) attestanti una marcata ipertensione arteriosa instabile con lieve insufficienza tricuspidalica, pressioni polmonari ai limiti superiori della norma; un verbale di pronto soccorso (con esami) del 19 novembre 2006 per dolori toracici in ipertesa; un rapporto d'esame della pressione su 24 ore del 23/24 novembre 2006; un referto RMN lombosacrale del 18 novembre 2006. Interpellato in proposito, il Dott. E._____, nella sua relazione del 2 maggio 2007, ha proposto di procedere ad una perizia pluridisciplinare presso il Servizio di accertamento medico dell'assicurazione per l'invalidità (SAM) di Bellinzona. Con la risposta di causa del 21 maggio 2007, l'Ufficio AI cantonale ha proposto il parziale accoglimento del gravame ed il rinvio degli atti per nuovi accertamenti sanitari. Con sentenza del 14 agosto 2007, il Tribunale amministrativo federale (TAF), subentrato per competenza alla CFR AVS/AI in esito ad una riforma del sistema giudiziario federale dal 1° gennaio 2007, ha parzialmente accolto l'impugnativa ed ha rinviato gli atti all'amministrazione perché procedesse agli approfondimenti sanitari previsti.

C.

L'assicurata è stata visitata il 7, 9, 23 e 29 aprile 2008 ed è stata sottoposta a visite specialistiche in psichiatria (Dott. F._____), reumatologia (Dott. G._____), cardiologia (Dott. H._____), oftalmologia (Dott. B._____). Nella relazione finale del 19 giugno

2008, gli esperti incaricati hanno sostanzialmente (dettaglio nella parte in diritto) indicato la diagnosi (senza influenza reale sulla capacità di lavoro) di fibromialgia, sindrome panvertebrale con alterazioni degenerative minime L5-S1, insufficienza muscolare e turbe statiche; ipertensione arteriosa con altre lievi turbe cardiache accompagnate da toracalgie di origine non chiara, episodio di sincope nel 2008, lievi difetti dell'acuità visiva in esiti di emorragia retinica OD nel 2002, xeroftalmia e psoriasi. I sanitari incaricati giudicano l'interessata in grado di svolgere il lavoro in atto (effettuato al computer, con preparazione dei compiti delle maestranze, sollevamenti di pesi di 900 grammi) esigibile al cento per cento e non solo al 50% come attualmente. Il Dott. I. _____, nel rapporto 8 luglio 2008, ha condiviso diagnosi e valutazione espresse dal SAM.

Il caso è stato sottoposto al Consulente in integrazione professionale (CIP). Nella relazione del 16 luglio 2008, detto servizio ha confermato l'esigibilità dell'attuale lavoro in misura completa e, abbondanzialmente, ha indicato che in attività di sostituzione che tengano conto dei limiti illustrati dal SAM (sollevamento di pesi inferiori a 10 Kg, evitare movimenti ripetuti di rotazione dei polsi, rinunciare ad un'attività di autista professionale e professioni a rischio), l'interessata non subirebbe alcuna incapacità di guadagno.

Con progetto di decisione dell'11 agosto 2008, l'Ufficio AI cantonale ha disposto la reiezione della domanda di rendita. L'interpellata, rappresentata dal Patronato INAS di Mendrisio, si è opposta con scritto del 16 settembre successivo, senza apportare novità dal punto di vista medico. In data 7 ottobre 2008, l'UAIE ha emanato una decisione conformemente al progetto.

D.

Con il ricorso depositato il 7 novembre 2008, A. _____, sempre rappresentata dal Patronato INAS, chiede l'accoglimento del gravame, il riconoscimento del diritto alla mezza rendita AI. Produce documentazione generale riguardante l'incidenza invalidante della fibromialgia.

Nella sua risposta di causa del 5 gennaio 2009, l'Ufficio AI cantonale propone la reiezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto necessario, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio. Anche l'UAIE, nella sua risposta del 14 gennaio successivo, propone la reiezione dell'impugnativa.

E.

Dopo aver preso atto di queste osservazioni, il Patronato INAS, con scritto del 20 febbraio 2009, ha ribadito l'intenzione della propria assistita di mantenere il ricorso. Come nel gravame, la parte ricorrente sottolinea che l'amministrazione ed i sanitari del SAM non avrebbero tenuto in debito conto la perizia del Dott.C._____ del 2006 e del fatto che l'interessata incontra già notevoli difficoltà nello svolgere il lavoro a metà tempo. Contesta inoltre il calcolo economico effettuato dal CIP.

Nella duplice del 17 marzo 2009, l'Ufficio AI ticinese riconferma le proprie conclusioni. Anche l'UAIE, duplicando in data 25 marzo successivo, si associa alle conclusioni dell'Ufficio cantonale.

F.

Con decisione incidentale del 31 marzo 2009, il TAF ha invitato la parte ricorrente a voler versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato regolarmente versato il 28 aprile successivo.

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). L'interessata ha versato l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-, entro il termine impartito. 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 (V 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 18 ottobre 2000. 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 18 ottobre 1999 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 7 ottobre 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).

Per completezza va ricordato che fino al 31 dicembre 2000, la richiedente doveva adempiere la cosiddetta clausola assicurativa, ossia essere assicurata, al momento dell'insorgere dell'invalidità, o presso l'AVS/AI svizzera o presso le assicurazioni sociali italiane ai sensi dell'art. 8 lett. b della Convenzione italo-svizzera del 14 dicembre 1962 relativa alla sicurezza sociale (art. 6 cpv. 1 LAI nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2000).

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. Se del caso, si esaminerà l'adempimento della clausola assicurativa in regime particolare nella sua qualità di frontaliere.

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). 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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

Va precisato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno e la rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66,67%). Non era previsto il diritto ai tre quarti di rendita.

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 LPGGA) 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. 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 obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

8.

8.1 Secondo il questionario del datore di lavoro l'interessata ha normalmente svolto la sua mansione fino a giugno 1999. Da luglio di quell'anno ha cominciato a far registrare una serie di assenze dal lavoro per malattia, esattamente dal 7 luglio al 8 novembre (100%) e dal 19 novembre al 5 dicembre (50%), dal 6 dicembre 1999 al 9 aprile 2000 (100%), dal 10 aprile al 5 settembre 50%, dal 6 all'11 settembre (100%) e per il seguito ha ricominciato a lavorare al 50% senza più prolungate assenze. Per quel che risulta dagli atti, la nominata è tutt'ora in forza presso quella ditta di chiusure a lampo addetta al controllo di produzione ed altre mansioni non pesanti.

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 (art. 28a cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), 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, VSI 2000 p. 84).

8.3 In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno

dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

9.

9.1 Il periodo di cognizione giudiziaria in esame è molto ampio (cfr. consid. 5). Si può osservare che le doglianze dell'assicurata si riferiscono soprattutto a livello reumatologico/ortopedico (anni 1999/2004), un episodio di emorragia retinica nel 2003, ora senza conseguenze valetudinarie, un accertamento successivo che ha inquadrato parte delle turbe ortopediche in una sindrome fibromialgica (fine 2004/2005), problemi cardiocircolatori ed ipertensivi nel 2006 (già comunque presenti in forma blanda in precedenza) e, sporadicamente, qualche problema dermatologico (psoriasi). Per questo, l'amministrazione ha ritenuto utile nella fase ricorsuale precedente (giudizio del TFA del 14 agosto 2007) di proporre una visita pluridisciplinare presso il SAM di Bellinzona.

I sanitari incaricati hanno avuto modo di esaminare il quadro della malattia su di un lungo tempo e valutare la capacità al lavoro dell'interessata in base alle diverse perizie e certificazioni ad atti e al momento della perizia. I medici del SAM, dopo le visite specialistiche e gli esami oggettivi che il caso ha richiesto, hanno evidenziato il seguente quadro diagnostico:

Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: nessuna.

Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa:

Fibromialgia (DD: primaria, secondaria su artrite). Poliartrite anamnestica (DD: artrite psoriasica). Sindrome panvertebrale cronica su/con: nell'ambito della fibromialgia; minime alterazioni degenerative con degenerazione discale L5-S1; insufficienza muscolare; turbe statiche. Ipertensione arteriosa, minima insufficienza aortica, extrasistolia ventricolare (documentata nel 2002). Toracalgie di origine indeterminata. Sincope di origine probabilmente vasovagale nel 2008. Minima alterazione dell'acuità visiva e difetto campimetrico paracentrale superiore verosimilmente irreversibile in stato dopo emorragia retinica occhio destro nel 2002, xeroftalmia, psoriasi.

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, possono essere menzionate: la perizia del Dott. D._____, reumatologo, del 6 marzo 2002 (per l'Ufficio AI) che considerava la paziente abile nel suo attuale lavoro in misura totale. La (prima) perizia di parte del Dott. C._____, specialista in medicina interna, Chiasso, del 20 novembre 2003, che riteneva la paziente inabile al 50%. La (seconda) perizia del Dott. D._____ (per l'Ufficio AI cantonale) che confermava il giudizio precedente, nel senso che l'interessata sarebbe stata in grado di svolgere il lavoro in corso in misura completa, invece del 50% e ciò dalla primavera del 2000. La perizia medica particolareggiata dell'INPS del 18 maggio 2005 che pone un grado d'invalidità del 50%. La (seconda) perizia del Dott. C._____ del 15 marzo 2006, nella quale l'esperto ribadiva l'inesigibilità del suo lavoro oltre al 50%. Infine, la perizia pluridisciplinare del SAM, nella quale si reputa la paziente in grado di svolgere il lavoro in atto al cento per cento.

10.2 Va ricordato che una perizia richiesta dall'UAI cantonale (in caso un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità, SAM) 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).

In questo contesto quindi, al dettagliato rapporto del SAM, che ha avuto modo di esaminare anche le valutazioni ed i dubbi sollevati dal Dott. C._____ ed il giudizio del medico dell'INPS, può essere data ampia adesione.

10.3 L'assicurata è portatrice di una patologia reumatologica/ortopedica di scarsa rilevanza invalidante perlomeno in attività confacenti. L'esame obiettivo svolto dallo specialista (Dott. G._____) rileva unicamente e sostanzialmente che la paziente presenta i segni tipici della fibromialgia che spiega i dolori accusati, la stanchezza generale ed altri disturbi neurovegetativi.

Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der

Invaliditätsbemessung, in SCHAFFAUSER/SCHLAURI, Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, p. 64 n. 93). Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'AI le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile deve essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b; DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Dunque, nel quadro di esame del diritto a prestazioni (o in caso di revisione) le manifestazioni soggettive di dolori devono essere confermate da osservazioni mediche concludenti, a difetto di ciò un apprezzamento di questo diritto a prestazioni non può garantito in modo conforme al principio di parità di trattamento fra gli assicurati.

Il Tribunale federale ha avuto modo di precisare che l'inesigibilità della ripresa lavorativa presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale son sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Per quanto concerne l'artrite sieronegativa (eventualmente psoriasica), questa non è mai stata confermata con chiarezza e può peraltro essere smentita dal momento che, da 10 anni dalla sua evocazione, la paziente non ha presentato quel tipico processo erosivo che la caratterizza. La nominata presenta gonfiore alle ginocchia, dove non sono presenti versamenti; la sonografia delle spalle non mostra lesioni reumatologiche; le estremità degli arti superiori (mani e polsi), sono a tratti doloranti ma, nel complesso, libere da impedimenti di rilievo. I dolori lombari sono da ascrivere nell'ambito della sindrome fibromialgica sopra detta e non hanno riscontro strumentale, come neppure sussistono segni di una sindrome lombovertebrale sicura.

Pertanto, né la fibromialgia, né la presunta artrite reumatoide (peraltro solo anamnestica) causano un'incapacità di lavoro nell'ambito di attività leggere. Il Dott. G._____ contesta pertanto la valutazione del Dott. C._____ non suffragata da riscontri oggettivi. In generale, conclude il Dott. G._____, l'assicurata è in grado di svolgere tutte le attività leggere dove possa cambiare postura ogni 2 ore circa, dove può stare seduta e dove non debba sollevare pesi superiori ai 10 kg e dove non debba effettuare movimenti ripetuti del polso. L'esperto incaricato conferma quindi le valutazioni del Dott. D._____ del 2002 e 2004.

10.4 Dal lato cardiologico (Dott. H._____) esiste soprattutto una marcata tendenza all'ipertensione, non sempre ben controllata. Peraltro lo specialista consiglia una modifica della terapia in atto e maggiore frequenza dei controlli. Comunque, la paziente non presenta cardiopatie strutturali e, di per sé, il segno di extrasistolia notato è di carattere benigno non bisognoso di cure. Le toracalgie denunciate dalla paziente non sono di carattere cardiaco, ma piuttosto di origine muscoloscheletrica. L'episodio sincopale del gennaio 2008 è unico e non ha dato seguito a maggiori accertamenti; potrebbe essere ascritto ad un momento di panico/iperventilazione e immediatamente seguito da fenomeno vasovagale. Il cardiologo, comunque, consiglia maggiori accertamenti (esame Holter ed eventualmente anche una scintigrafia miocardica) se delle sintomatologie cardiache od un nuovo episodio sincopale dovessero ripresentarsi con costanza o se dovesse assumere compiti fisicamente più onerosi di quelli in atto. Attualmente, la paziente è in grado di svolgere in misura completa il lavoro di operaia addetta al controllo di produzione (posizione seduta od alternata; lavoro davanti ad uno schermo, sollevamento di pesi di circa 900 grammi) nella fabbrica di cerniere lampo.

10.5 Sotto il profilo psichiatrico (Dott. F._____), indagine resasi necessaria a causa della diagnosi di fibromialgia, la paziente è perfettamente sana. Si tratta di un soggetto caratterizzato da una personalità pronta e vivace, in completa assenza di turbe d'umore, d'ansia e/o o tendenza alla depressione. La paziente è del tutto asintomatica da quel lato specialistico.

10.6 Dal lato oftalmologico, l'indagine si è resa necessaria a seguito di episodio di emorragia retinica del 2003. Il Dott. B._____ rileva che l'acuità visiva è peggiorata rispetto allora, tuttavia permane un visus

(corretto) completo (leggermente alterata in OS). Vi è un difetto campimetrico paracentrale superiore. I fondi oculari con poli posteriori sono perfettamente nella norma senza emorragie. Dal punto di vista oftalmico non vi è alcuna incapacità di lavoro.

10.7 A conclusione della perizia, i sanitari del SAM ritengono l'assicurata del tutto in grado di compiere l'attuale lavoro in misura del 100%, invece che del 50%. Alcune precauzioni, che pare non debbano essere peraltro assunte nell'ambito dell'attività lavorativa in corso, consistono nel fatto che la ricorrente non deve sollevare pesi superiori a 10kg, deve avere la possibilità di cambiare postura ogni tanto (ameno ogni 2 ore), non deve effettuare movimenti ripetuti dei polsi, non deve assumere lavori che implicano la guida d'auto a titolo professionale e questo perlomeno per il momento, poiché deve essere chiarito se l'episodio sincopale del 2008 è destinato a ripetersi.

I medici dell'UAI cantonale (segnatamente i Dott.ri E._____ e I._____) hanno ripreso e condiviso queste valutazioni.

10.8 Il collegio giudicante non può far altro che prendere atto e condividere queste valutazioni. Considerando l'assicurata abile al cento per cento (con rendimento pari al 100%) nella attuale attività, i periti incaricati hanno espresso, è vero, un giudizio piuttosto restrittivo. L'anamnesi e l'attuale stato di salute, i vari e numerosi eventi patologici (in particolare reumatologici e ortopedici) che si sono succeduti nel corso del tempo portano piuttosto a ritenere che l'interessata non è abile nel suo lavoro in misura completa come lo pretendono i medici del SAM. Tuttavia, il collegio giudicante è del parere che A._____ potrebbe svolgere il suo lavoro in misura certamente superiore al 60% di modo che non entrerebbe in linea di conto un riconoscimento d'invalidità ai sensi di legge. Un'altra possibilità sarebbe quella di una presenza al lavoro sull'arco dell'intera giornata, ma con un rendimento ridotto del 10-20%, circostanza anche questa che escluderebbe il riconoscimento del diritto alla rendita. Visto quanto precede, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

11.

11.1 Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono poste a carico della ricorrente e vengono compensate con l'anticipo già versato di Fr. 300.-.

11.2 Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili.

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

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di Fr. 300.-, sono poste a carico della ricorrente. Esse sono computate con l'anticipo spese di Fr. 300.-.

3.

Non sono riconosciute indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

I rimedi giuridici sono menzionati alla 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: