



Corte III
C-7213/2007
{T 0/2}

Sentenza del 16 ottobre 2009

Composizione

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

Parti

A. _____,
rappresentata dal Patronato INCA, Ufficio legale,
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
21 settembre 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il (...), coniugata con figli, ha lavorato in Svizzera dal maggio del 1987 al febbraio del 1999 alle dipendenze della B._____ in qualità di ausiliaria di pulizie (doc. 2-1 e 11-1), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 3-1 nonché doc. 8-4). Ha interrotto il lavoro a causa di malattia dal 3 febbraio 1999 ed è stata licenziata con effetto al 31 luglio 2000 (doc. 11-1). L'8 gennaio 2001, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2-1).

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 rapporto operatorio del 22 aprile 1999 del dott. D._____, specialista in neurochirurgia, in cui è, da un lato, posta la diagnosi di ernia discale lombare L4-L5 mediolaterale sinistra e, dall'altro, segnalato che l'interessata è stata sottoposta ad un intervento chirurgico per discectomia L4-L5 sinistra (doc. 10-3);
- un rapporto di visita medica del 2 giugno 1999 del dott. E._____, specialista in neurochirurgia, nel quale è evidenziato che la paziente presenta segnatamente parestesie a livello del 1° dito del piede sinistro nonché diminuzione della sensibilità e dolori intermittenti nel territorio L5, proposto un trattamento di fisioterapia e confermata una completa incapacità lavorativa ancora per un mese (doc. 7-3);
- un referto di radicolografia e mielotomografia (colonna lombare) del 10 novembre 1999 (doc. 7-2);
- un'attestazione del 15 novembre 1999 del dott. E._____, da cui risulta che l'interessata è stata ricoverata dal 4 al 5 novembre 1999 per recidiva di ernia discale L4-L5 sinistra (doc. 7-1);

- un rapporto operatorio del 17 novembre 1999 del dott. E._____ concernente l'intervento chirurgico per revisione, decompressione, adesiolisi e asportazione dei frammenti di disco L4-L5 sinistra (doc. 7-6 nonché doc. 10-1);
- una relazione di dimissione del 20 gennaio 2000 concernente il ricovero dal 16 al 21 novembre 1999, in cui è, da un lato, evidenziata la diagnosi di recidiva di ernia discale a livello L4-L5 e, dall'altro, indicato che la paziente è stata sottoposta ad intervento chirurgico di ripresa di laminectomia L4-L5 per discectomia a livello L4-L5 a sinistra (doc. 7-8);
- la perizia medica dettagliata E 213 della previdenza sociale italiana del 18 dicembre 2000, in cui è segnalata la diagnosi segnatamente di lombosciatalgia a sinistra su progressiva discectomia L4-L5 e postulata un'invalidità del 30% sia nella precedente attività che in un'attività sostitutiva adeguata (doc. 9-1);
- i rapporti medici del 24 e 26 febbraio 2001 del dott. F._____, nei quali è stata posta la diagnosi segnatamente di ernia discale L4-L5 (1999), intervento chirurgico di emilaminectomia per ernia discale L4-L5 (22.04.1999), recidiva di ernia discale L4-L5 a sinistra (15.11.1999), ripresa di intervento chirurgico di laminectomia L4-L5 per discectomia L4-L5 a sinistra e lombosciatalgia sinistra cronica con limitazione funzionale e ritenuta un'incapacità lavorativa del 100% dall'aprile del 1999 (doc. 12-1 e 12-2);
- il questionario per l'assicurato del 15 marzo 2001 (doc. 13-2);
- i questionari per il datore di lavoro del 23 marzo e 24 aprile 2001 (doc. 11-1 e 17-1).

C.

Nel suo rapporto del 14 novembre 2001, il dott. G._____, dopo avere evidenziato la diagnosi segnatamente di operazione di ernia discale L4-L5 sinistra (aprile 1999) con rioperazione per recidiva (novembre 1999), è giunto alla conclusione che l'interessata doveva essere sottoposta ad una perizia reumatologica (doc. 20-1).

D.

Dopo aver esaminato personalmente l'assicurata il 5 dicembre 2001 ed aver analizzato la documentazione medica assunta (la paziente è stata altresì sottoposta ad esami di laboratorio nonché ad esami radiologici), il dott. H._____, specialista in reumatologia e medicina interna, nel suo referto peritale del 5 dicembre 2001, ha posto la diagnosi di sindrome cervicospondilogenica a destra cronica, sindrome radicolare residuale L5 a sinistra in esito da discectomia L4-L5 il 22 aprile 1999 e operazione di recidiva il 17 novembre 1999 nonché alterazioni degenerative lombari con osteocondrosi bisegmentali L4-L5 e L5-S1, disturbi statici del rachide, decondizionamento e sbilancio muscolare, periartropatia omeroscapolare destra, periartropatia dell'anca sinistra e obesità (peso 76,5 kg/statura 167 cm). Il dott. H._____ ha constatato che l'esercizio della precedente attività di ausiliaria di cure non sarebbe più stato esigibile (incapacità al lavoro del 100% nella precedente attività a decorrere da febbraio 1999). Ha nondimeno ritenuto l'assicurata abile al 100% in un'attività sostitutiva adeguata alle sue condizioni (attività con sollevamento di pesi non superiori ai 10 kg, che consenta un cambiamento della posizione del rachide e senza movimenti di flessione e rotazione della colonna vertebrale), da subito, a condizione che l'interessata si sottoponga ad una terapia di riabilitazione funzionale della muscolatura con ricondizionamento della stessa e calo ponderale (almeno 10 kg). Infine, ha concluso che la medesima presenta un'invalidità del 50% come casalinga (doc. 22-1).

E.

E.a Nel suo rapporto del 13 giugno 2002, il dott. G._____ ha ritenuto, in virtù della citata perizia, un'incapacità al lavoro dell'interessata del 100% nella precedente attività di ausiliaria di pulizia, ma un'abilità del 100% in un'attività leggera confacente al suo stato di salute, ossia in un lavoro con sollevamento di pesi non superiore ai 10 kg, che consenta un cambiamento frequente della posizione e non comporti la necessità di rimanere seduti nella medesima posizione con rotazioni ripetitive del rachide (doc. 24-1).

E.b Nel rapporto del 15 ottobre 2002, la consulente I._____, del Servizio integrazione professionale dell'AI, ha reputato che l'assicurata non è più in grado di svolgere la precedente attività di ausiliaria di cure. Ha comunque considerato siccome esigibile da parte della

medesima l'esercizio di un'attività sostitutiva leggera adeguata alle sue condizioni, segnatamente di un lavoro con sollevamento di pesi non superiore ai 10 kg, che consenta un cambiamento frequente della posizione e non comporti la necessità di rimanere seduti nella medesima posizione con rotazioni ripetitive del rachide. La consulente ha infine proceduto ad un calcolo comparativo dei redditi, dal quale è risultato che, svolgendo attività semplici e ripetitive, l'assicurata subirebbe una perdita di guadagno del 40% (fr. 39'000.-- - fr. 23'730.-- [25% di fr. 31'460.--] x 100 : fr. 39'000.-- ; doc. 27-1).

E.c Da una nota interna dell'Ufficio AI del 2 dicembre 2002 risulta che il calcolo comparativo dei redditi andava corretto. L'assicurata presenterebbe in effetti un grado d'invalidità del 39,15 % (e non del 40%). La richiesta di prestazioni dovrebbe quindi essere respinta (doc. 30-1).

E.d Nel suo rapporto del 3 dicembre 2002, il dott. G._____ ha confermato, dopo esame degli atti di causa, la valutazione riguardo alle limitazioni funzionali dell'interessata (di cui alla presa di posizione del 13 giugno 2002) (doc. 32-1).

F.

Con progetto di decisione del 6 dicembre 2002, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone C._____ ha comunicato all'interessata che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta ed ha concesso a quest'ultima la facoltà di formulare, nel termine di 14 giorni, delle obiezioni per iscritto (doc. 33-1).

G.

G.a Con certificato medico del 21 dicembre 2002, il dott. F._____ ha evidenziato che l'assicurata è affetta da esiti di intervento chirurgico di ernia discale L4-L5 (emilaminectomia 22.04.1999), esiti di reintervento di recidiva di ernia discale L4-L5 (discectomia 17.11.1999), lombosciatalgia cronica sinistra con sindrome deficitaria persistente tipo L4-L5. Ha segnalato che lo stato di salute della paziente è peggiorato da gennaio del 2001 e contestato la valutazione inerente la capacità lavorativa dell'interessata (doc. 36-1).

G.b Il 30 dicembre 2002, l'Ufficio AI, dopo avere constatato che il certificato medico del dott. F._____ attesta un peggioramento dello stato di salute dal gennaio del 2001 e che tale peggioramento è

anteriore alla valutazione peritale del novembre 2001, ha comunicato all'assicurata che tale rapporto medico non comporta elementi di cui non sia già stato tenuto conto nella perizia medica del dott. H._____. Pertanto, il progetto di decisione del 6 dicembre 2002 sarebbe stato confermato. Infine, ha segnalato all'assicurata che l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero avrebbe provveduto a notificare la decisione (doc. 35-1).

H.

Nella decisione del 10 febbraio 2003, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità. Ha rilevato, in virtù della documentazione medica agli atti, che l'assicurata è completamente inabile nella precedente attività di ausiliaria di cure. Ha precisato, tuttavia, che l'esercizio di un'attività lucrativa più leggera confacente al suo stato di salute (lavoro con sollevamento di pesi non superiore ai 10 kg, che consenta un cambiamento frequente della posizione e non comporti la necessità di rimanere seduti nella medesima posizione con rotazioni ripetitive del rachide) è da considerare esigibile. L'autorità inferiore ha quindi segnalato che l'interessata, nell'ambito di attività di sostituzione, presenta un grado d'invalidità del 39,15%, che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 39-1).

I.

Il 13 marzo 2003, l'interessata ha presentato opposizione contro la decisione del 10 febbraio 2003 dell'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero mediante la quale ha postulato il riconoscimento del suo diritto ad una mezza rendita d'invalidità a far tempo da gennaio del 2000. Ha segnalato che il suo stato di salute comporta delle notevoli limitazioni nell'esercizio di un'attività lavorativa, anche in un'attività sostitutiva adeguata. Ha fatto valere che presenta una capacità al lavoro del 50-60% in un'attività confacente al suo stato di salute (doc. 43-1). Il 20 maggio 2003, ha esibito una relazione medica del 16 aprile 2003 del dott. J._____. (doc. 54-1 a 54-5).

J.

Nel suo rapporto del 17 luglio 2003, il dott. K._____ ha rilevato che la perizia reumatologica del dott. H._____ è datata dicembre 2001. Tale perizia è quindi anteriore di 14 mesi rispetto alla relazione medica del dott. J._____ dell'aprile 2003 (documento esibito dall'interessata

con l'atto di opposizione). Ha altresì evidenziato che sia il perito sia la consulente in integrazione professionale hanno ritenuto una completa incapacità lavorativa nell'attività di ausiliaria di cure e non nell'attività di ausiliaria di pulizie (lavoro che l'interessata ha esercitato). Le due attività si distinguerebbero nettamente per quanto riguarda i carichi (segnatamente sollevamento di pesi e sollevamento degli stessi con il tronco in flessione). Ha infine osservato che manca nell'incarto una descrizione delle mansioni svolte dall'assicurata quale ausiliaria di pulizie. Il dott. K._____ ha quindi postulato l'accoglimento dell'opposizione interposta dall'interessata al fine di accertare l'evoluzione dello stato di salute della medesima nonché la sua incapacità al lavoro nella precedente attività di ausiliaria di pulizie (doc. 59-1).

K.

Il 18 agosto 2003, nella decisione su opposizione, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero ha considerato che, in virtù della documentazione agli atti, appare necessario procedere ad un complemento istruttorio al fine di determinare l'incapacità lavorativa dell'assicurata sia nella precedente attività di ausiliaria di pulizie che in un'attività sostitutiva adeguata. Pertanto, ha accolto l'opposizione interposta dall'interessata e annullato la propria decisione del 10 febbraio 2003 (doc. 60-1).

L.

Successivamente, agli atti risultano essere stati prodotti in particolare i seguenti documenti:

- un'attestazione del 18 settembre 2003 del datore di lavoro, da cui emerge che l'interessata ha lavorato dal 20 maggio 1987 al 31 luglio 2000 in qualità di ausiliaria di pulizie, che la stessa si occupava della pulizia degli appartamenti dei residenti e che, nell'ambito di tale lavoro, normalmente non doveva sollevare pesi particolari (doc. 64-1);
- un rapporto medico del 15 settembre 2003 del dott. F._____, giusta il quale lo stato di salute della paziente è suscettibile di peggioramento e giustificata un'incapacità lavorativa del 100% nella precedente attività dal 2 febbraio 1999; la paziente è considerata abile al 40% in un'attività confacente allo stato di salute, segnatamente un lavoro che consenta un cambiamento

della posizione ogni 10 minuti e non implichi la necessità di sollevare pesi (doc. 65-1 e 65-3);

- un rapporto medico del 10 ottobre 2003 del dott. L._____, secondo cui l'interessata è stata esaminata il 10 gennaio 2003 a seguito di un peggioramento della sua patologia; il medico ha ritenuto che lo stato di salute dell'assicurata è stazionario (invariato) rispetto alla valutazione della perizia medica dell'aprile 2003 del dott. J._____. (doc. 66-1).

M.

Nel suo rapporto del 3 dicembre 2003, il dott. G._____, dopo avere segnalato che potrebbe essere subentrata una modifica significativa dello stato di salute dell'assicurata rispetto a dicembre del 2001 (data della perizia medica del dott. H._____), è giunto alla conclusione che l'interessata doveva essere sottoposta ad una nuova perizia reumatologica (doc. 68-1).

N.

La perizia reumatologica del 24 febbraio 2004, effettuata dal dott. H._____, si fonda su una visita dell'interessata del 23 febbraio 2004, sugli atti messi a disposizione, le informazioni fornite dalla peritanda e gli esami radiologici a cui la medesima è stata sottoposta. Il perito ha posto la diagnosi di sindrome cervicospondilogenica cronica a destra, lombosciatalgie croniche prevalentemente a sinistra in esito da discectomia L4-L5 il 22 aprile 1999, operazione di recidiva il 17 novembre 1999, alterazioni degenerative lombari con osteocondrosi bisegmentali L4-L5 e L5-S1 nonché fibromialgia generalizzata (con 11 su 18 punti positivi). La fibromialgia è l'unico aspetto nuovo, ma senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Quest'ultima è del 50% nella precedente attività di ausiliaria di pulizie (lavoro prevalentemente in piedi e che implica movimenti di anteflessione e rotazione del tronco), ma del 100% in un'attività confacente allo stato di salute dell'assicurata, segnatamente in un lavoro con sollevamento di pesi variabili non superiori ai 10 kg, che consenta un cambiamento frequente della posizione del rachide e senza movimenti ripetitivi di rotazione o flessione della colonna vertebrale rispettivamente senza estensione prolungata del rachide. Infine, lo specialista ha indicato che l'interessata presenta un'incapacità al lavoro del 50% come casalinga (doc. 72.1).

O.

O.a Nel suo rapporto del 31 marzo 2004, il dott. G._____ ha reputato l'assicurata incapace al lavoro al 50% nella precedente attività di ausiliaria di pulizie, considerandola tuttavia completamente abile al lavoro in un'attività leggera confacente al suo stato di salute. Ha precisato che non vi è stato alcun peggioramento dello stato di salute dell'interessata dal momento che non si intravedono altre patologie suscettibili d'avere ripercussioni sulla capacità lavorativa che non siano già state valutate nella perizia reumatologica. Secondo il dott. G._____, in siffatte circostanze non sono necessarie ulteriori valutazioni mediche (doc. 74-1).

O.b Nel rapporto del 10 ottobre 2005, la consulente M._____, del Servizio integrazione professionale dell'AI, ha reputato l'assicurata abile al lavoro al 50% nella precedente attività di ausiliaria di pulizie e al 100% in un'attività sostitutiva adeguata alle sue condizioni (dunque rispettosa delle limitazioni indicate dal dott. H._____ nella perizia reumatologica del 24 febbraio 2004), segnatamente quale addetta alla sorveglianza, confezione, stampa, assemblaggio, produzione, lucidatura, etichettatura, imballaggio, custode, stiratrice, collaboratrice nelle economie domestiche, alberghi, ristoranti e venditrice non qualificata. La consulente ha in particolare effettuato una nuova valutazione del grado di invalidità della medesima sulla base di un salario annuale da valida di fr. 38'349.--, conseguibile come ausiliaria di pulizie nel 2000 (secondo le indicazioni del datore di lavoro; doc. 17-1) e l'ha contrapposto ad un salario annuale da invalida di fr. 36'328.-- in attività semplici e ripetitive, conseguibile in C._____ nel 2000 (cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica). Quest'ultimo importo è stato ridotto del 10% ($36'328 - 3'632 = 32'695$), per tenere conto della scarsa formazione e relativa potenziale difficoltà d'adattamento in nuove attività e del fatto che l'interessata può esercitare solo delle attività leggere. Perciò, detta consulente ha confrontato un reddito di fr. 38'349.-- ed un introito teorico di fr. 32'695.--. Ne consegue una perdita di guadagno del 14,74% (doc. 77-1).

P.

Nella decisione del 25 ottobre 2005, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità. Ha rilevato, in virtù della perizia

reumatologica del dott. H._____, che l'assicurata presenta una capacità al lavoro del 50% nella precedente attività di ausiliaria di pulizie, ma del 100% in un'attività confacente al suo stato di salute (lavoro con sollevamento di pesi variabili non superiori ai 10 kg, che consenta un cambiamento frequente della posizione del rachide e senza movimenti ripetitivi di rotazione o flessione della colonna vertebrale rispettivamente senza estensione prolungata del rachide), quale ad esempio addetta alla sorveglianza, confezione, stampa, assemblaggio, produzione, lucidatura, etichettatura, imballaggio, custode, stiratrice, collaboratrice nelle economie domestiche, alberghi, ristoranti e venditrice non qualificata. L'autorità inferiore ha infine rilevato che l'interessata, nell'ambito di attività di sostituzione, presenta un grado d'invalidità del 15%, che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 80-1).

Q.

L'11 novembre 2005, l'interessata ha presentato opposizione contro la decisione del 25 ottobre 2005 dell'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero mediante la quale ha chiesto il riconoscimento del diritto ad una mezza rendita d'invalidità a decorrere da gennaio del 2000. Ha segnalato in particolare che nonostante il dott. H._____ nella perizia medica del febbraio 2004 abbia riscontrato un nuovo elemento patologico, la fibromialgia, egli ha mantenuto la precedente valutazione di una capacità lavorativa del 100% in attività sostitutive adeguate. Ha altresì fatto valere che il dott. J._____ nella relazione medica dell'aprile 2003 ha attestato una capacità lavorativa del 60% con ulteriore diminuzione del rendimento del 20%. Procedendo ai calcoli di rito su tali basi, si otterrebbe una perdita di guadagno del 55% (doc. 83-1). Il 17 novembre 2006, l'interessata ha esibito un certificato medico del 6 novembre 2006 del dott. F._____ (doc. 86-1).

R.

Nel rapporto del 6 settembre 2007, il dott. G._____ ha rilevato che il dott. H._____ nella perizia medica del febbraio 2004, da un lato, ha esaminato il decorso dello stato di salute dell'assicurata dal dicembre del 2001 (data della prima valutazione peritale) e, dall'altro, si è pronunciato in merito alla relazione medica dell'aprile 2003 del dott. J._____. Il perito ha certo diagnosticato l'insorgenza di una nuova patologia, segnatamente una fibromialgia, ma senza ripercussioni

sulla capacità lavorativa. Il dott. G._____ ha altresì osservato che dalla relazione medica dell'aprile 2003 del dott. J._____ appare che l'interessata presenta una componente di compromissione biopsicosociale, componente di cui l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere. Peraltro, nel corso degli anni, i medici curanti non hanno attestato alcuna patologia di tipo psichiatrico e neppure riferito di alcun trattamento (specialistico o medicamentoso) a cui si sarebbe sottoposta la paziente. Infine, il dott. G._____ è giunto alla conclusione che la perizia reumatologica del febbraio 2004 è da considerarsi ben redatta nonché conforme ai criteri di una perizia neutrale specialistica. Pertanto, ha ritenuto che l'assicurata presenta una capacità al lavoro del 50% nella precedente attività di ausiliaria di pulizie ed una del 100% in un'attività leggera conforme al suo stato di salute. A suo giudizio, ulteriori accertamenti a livello medico non sono necessari (doc. 95-1).

S.

Nella decisione su opposizione del 21 settembre 2007, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero, dopo avere rilevato che l'assicurata ha contestato la valutazione del dott. H._____ in merito alla sua capacità lavorativa, senza avere apportato alcun nuovo elemento clinico oggettivo, è giunto alla conclusione che non vi sono motivi per discostarsi dalla valutazione peritale alla base della decisione impugnata. Pertanto, ha respinto l'opposizione dell'interessata e confermato la propria decisione del 25 ottobre 2005 (doc. 97-3).

T.

Il 23 ottobre 2007, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione su opposizione dell'UAIE del 21 settembre 2007 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una mezza rendita d'invalidità a far tempo da gennaio del 2000. Ha segnalato che le patologie di cui soffre, fra cui segnatamente un'importante lombosciatalgia dovuta a residua e/o reazione cicatriziale L4-L5, importante formazione erniaria L5-S1 ed insufficienza della cuffia rotatoria destra, comportano un'incapacità lavorativa del 50% anche in un'attività leggera confacente allo stato di salute. Ha esibito una relazione ortopedica dell'8 ottobre 2007 del dott. N._____ (doc. TAF 1).

U.

Con risposta del 5 dicembre 2007, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e rinviato alla presa di posizione dell'Ufficio AI del Cantone C._____ del 3 dicembre 2007, secondo il quale – in virtù del rapporto medico del 30 novembre 2007 del dott. G._____ – la relazione ortopedica dell'ottobre 2007 non comporta alcun nuovo elemento clinico tale da giustificare una modifica della valutazione della capacità lavorativa nonché della determinazione delle attività esigibili da parte dell'assicurata. Pertanto, ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione su opposizione resa il 21 settembre 2007 (doc. TAF 3).

V.

Nella replica del 20 dicembre 2007, la ricorrente si è riconfermata, in virtù della documentazione agli atti, nelle proprie argomentazioni di fatto e di diritto di cui al ricorso del 23 ottobre 2007 (doc. TAF 5).

W.

Con decisione incidentale dell'8 gennaio 2008 (notificata il 10 gennaio 2008; 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 l'11 febbraio 2008 (doc. TAF 6 a 8).

X.

Con scritto del 15 maggio 2009, l'insorgente ha chiesto informazioni circa lo stato della procedura promossa dinanzi a questo Tribunale (doc. TAF 9).

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 Il ricorso – presentato tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 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 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 LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA 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 LPGGA 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 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, 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 LPGGA).

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^{ter} 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 LPGGA), 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*).

5.5 Peraltro, in deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta.

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 LPGGA, 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 LPG), 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 Dalla documentazione medica agli atti emerge che la ricorrente soffre segnatamente di sindrome cervicospondilogenica cronica a destra, lombosciatalgie croniche prevalentemente a sinistra in esito da discectomia L4-L5 il 22 aprile 1999, operazione di recidiva il 17 novembre 1999, alterazioni degenerative lombari con osteocondrosi bisegmentali L4-L5 e L5-S1 nonché fibromialgia generalizzata.

9.2 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.

10.

10.1 Oggetto della lite è la questione di sapere se l'assicurata abbia diritto ad una mezza rendita dell'assicurazione invalidità e, in caso affermativo, se la stessa debba esserle riconosciuta, come da lei postulato, da gennaio 2000, ciò che presuppone un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno senza interruzione notevole (art. 29 cpv. 1 lett. b LAI).

10.2 Il 3 febbraio 1999 la ricorrente ha interrotto il lavoro, allora svolto al 100%, per motivi di salute (doc. 11-1). L'autorità inferiore ha pertanto calcolato il grado d'invalidità dell'insorgente secondo il metodo generale del raffronto dei redditi, considerando giustamente che se non fosse sopraggiunto il danno alla salute la stessa avrebbe continuato, con probabilità preponderante, a lavorare al 100% nella sua precedente attività.

10.3 Questo Tribunale osserva, altresì, che la perizia reumatologica del 24 febbraio 2004 del dott. H._____ (doc. 72-1) si fonda su informazioni fornite dalla persona esaminata e dal medico curante, sull'esame del quadro clinico e sulle risultanze della visita dell'insorgente nonché della documentazione medica agli atti (in particolare del referto peritale del medesimo dott. H._____ del dicembre 2001 nonché del rapporto reumatologico dell'aprile 2003 del dott. J._____, medico curante della paziente). 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. A giusta ragione, il dott. G._____, nel suo rapporto del 6 settembre 2007 (doc. 95-1), ha ritenuto tale perizia come mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute della ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata, fermo restando che dagli atti di causa dell'autorità inferiore trasmessi a questo Tribunale risulta essere stato prodotto dall'insorgente un unico documento medico di data posteriore alla perizia del febbraio 2004, ossia il rapporto dell'8 ottobre 2007 del dott. N._____ (doc. TAF 1), di cui si dirà in dettaglio di seguito.

10.4 Certo, la ricorrente ha affermato, in sede ricorsuale, l'esistenza di un danno alla salute più importante rispetto alla valutazione effettuata dall'autorità inferiore e tale da comportare una riduzione di rendimento del 50% in attività leggere confacenti allo stato di salute. Tuttavia, non vi è agli atti di causa alcuna documentazione medica, segnatamente di data anteriore alla decisione impugnata, suscettibile di dimostrare la sussistenza di limitazioni funzionali maggiori di quelle ritenute dal perito nonché dal medico dell'Ufficio AI del Cantone C._____ e suscettibili d'incidere anche sull'esercizio a tempo completo di un'attività di sostituzione leggera. Per quanto attiene alla relazione medica dell'8 ottobre 2007 – di data posteriore alla decisione impugnata – del dott. N._____, specialista in ortopedia, giova osservare che nella misura in cui si riferisce alla nota diagnosi, segnatamente di esiti di interventi per ernia discale, lombosciatalgia e dolori all'articolazione scapolo-omerale, non apporta alcun nuovo elemento decisivo nel senso indicato dalla ricorrente per la valutazione della sua capacità lavorativa. Inoltre, nella misura in cui in tale relazione medica è fatto riferimento ad un recente esame radiologico e a nuove patologie, non è preteso, tanto meno dimostrato, che quest'ultime esistessero anteriormente alla decisione impugnata e che avessero un'incidenza sulla capacità lavorativa della ricorrente, la

relazione di cui trattasi non comportando alcuna indicazione in merito ad una specifica inabilità lavorativa e neppure al relativo grado, in particolare in attività sostitutive leggere.

10.5 La ricorrente ha altresì contestato che il perito dott. H._____ possa correttamente fissare un grado residuo di capacità lavorativa identico nelle perizie del dicembre del 2001 e del febbraio 2004 benché in quest'ultima abbia aggiunto una nuova diagnosi, quella di fibromialgia.

10.5.1 Il Tribunale federale ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di mettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che 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 che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita d'integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita o la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tenere conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). 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.

10.5.2 Nell'evenienza concreta, i suddetti requisiti non sono adempiuti entro la data della decisione impugnata. A giusto titolo il medico dell'Ufficio AI del Cantone C._____, dott. G._____, ha considerato nella sua presa di posizione del 6 settembre 2007 che la diagnosticata fibromialgia non comporta un'incapacità lavorativa in assenza di patologie di tipo psichico o di trattamenti specialistici o medicamentosi, (sia aggiunto in questa sede) praticati secondo la regola d'arte e che non avrebbero avuto successo nonostante l'attitudine cooperativa dell'insorgente.

10.6 Anche l'evocata problematica psicosociale non soccorre la ricorrente. In effetti, fattori socioculturali o psicosociali non determinano un'invalidità ai sensi di legge in assenza di reperti psichiatrici da essi distinguibili (DTF 127 V 294). Nel caso di specie, tuttavia, non è stata posta alcuna diagnosi psichiatrica, neppure indirettamente nella relazione ortopedica dell'8 ottobre 2007. La problematica psicosociale evocata dalla ricorrente non può pertanto essere presa in considerazione, come rettamente rilevato dal dott. G._____ nella più volte citata presa di posizione del 6 settembre 2007.

10.7 Va ancora osservato che sulla scorta delle risultanze processuali – in particolare delle perizie reumatologiche di dicembre 2001 e febbraio 2004 nonché delle valutazioni del dott. G._____ e della consulente in integrazione professionale – l'UAIE ha ritenuto che la ricorrente ha una capacità lavorativa del 50% nella sua precedente professione di ausiliaria di pulizie, ma del 100% in attività sostitutive leggere, adeguate alle sue limitazioni funzionali, attività ravvisabili sia nel settore secondario (in particolare mansioni di confezione, stampa, assemblaggio, lucidatura, etichettatura, imballaggio) sia nel settore terziario (in particolare custode, addetta alla sorveglianza, stiratrice, collaboratrice nelle economie domestiche, alberghi, ristoranti e venditrice non qualificata; v. segnatamente rapporto della consulente in integrazione professionale del 10 ottobre 2005; doc. 77-1). Certo, nei rapporti sulle perizie reumatologiche del 5 dicembre 2001 e del 24 febbraio 2004 non è fatto esplicito riferimento al momento a partire dal quale l'insorgente, incapace al lavoro nella misura del 50% nella sua precedente attività a partire da febbraio 1999, sia abile al lavoro nella

misura del 100% in un'attività sostitutiva leggera adeguata alle sue condizioni (lo è sicuramente a partire dal 5 dicembre del 2001 secondo il perito H._____; cfr. doc. 22-1 e doc. 72-1). Sennonché, a giusta ragione la consulente in integrazione professionale e l'autorità inferiore hanno ritenuto che ciò si è verificato prima della scadenza dell'anno da quando la ricorrente, nel mese di febbraio del 1999 ha un'incapacità lavorativa di almeno il 50% nella sua precedente attività. Tale conclusione trova il suo fondamento nelle citate perizie di dicembre 2001 e febbraio 2004, da cui si evince che lo stato di salute dell'insorgente avente un'incidenza sulla sua capacità lavorativa è sostanzialmente invariato rispetto a quello esistente dopo le due operazioni del 1999 (cfr. anche il rapporto del dott. F._____ del 26 gennaio 2001; doc. 12-2). Tutt'al più può essere in aggiunta rilevato che rispetto a febbraio del 2000 (momento in cui avrebbe se del caso potuto al più presto nascere il diritto per la ricorrente ad una rendita d'invalidità svizzera [art. 29 cpv. 1 lett. b LAI]), nel novembre del 2000 l'insorgente avverte anche delle cervicobrachialgie, come già indicato nelle due perizie reumatologiche del 5 dicembre 2001 e del 24 febbraio 2004 (cfr. doc. 22-1 pag. 2 e doc. 72-1 pag. 2). Ora, nella misura in cui in dette perizie – nel 2004 è stata aggiunta anche la diagnosi di fibromialgia – l'esperto ha considerato che sussisteva una capacità lavorativa del 100% in un'attività sostitutiva leggera adeguata alle limitazioni funzionali dell'insorgente, tale valutazione non può che essere valida anche per gennaio del 2000, più di un mese dopo l'intervento del novembre 1999 (v. su tale intervento pure il rapporto medico del 20 gennaio 2000; doc. 7-8). Per sovrabbondanza, può essere soggiunto che nel rapporto peritale E 213 del 18 dicembre 2000 è stata ritenuta al più un'incapacità lavorativa della ricorrente del 30% in attività sostitutiva adeguata (oltre che nella precedente attività; cfr. doc. 9.1 pag. 6), di modo che anche tenuto conto di tale valutazione, più favorevole alla ricorrente, non è possibile ritenere neppure anteriormente al 5 dicembre 2001, data della prima perizia reumatologica del dott. H._____, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% in media per un periodo di un anno senza notevoli interruzioni.

10.8 In siffatte circostanze, ben si può ritenere, come ha fatto il dott. G._____ (doc. 95-1), che la situazione medica era stata sufficientemente acclarata dall'autorità inferiore e che dunque non erano necessari ulteriori approfondimenti dal profilo medico.

11.

Occorre infine esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

11.1 Questo Tribunale osserva che il calcolo effettuato dall'UAIE per la determinazione del grado d'invalidità (cfr. lettera O.b del presente giudizio) si fonda sul salario con e senza invalidità come fissati dalla consulente in integrazione professionale nel documento del 10 ottobre 2005 (doc. 77-1).

11.2 L'autorità inferiore ha considerato quale reddito annuale da valida il salario conseguibile dalla ricorrente nel 2000 (secondo le indicazioni del datore di lavoro), ossia fr. 38'349.-- (valore a cui si è giunti tenuto conto di un reddito mensile di fr. 2'359.90, corrispondente all'80% del salario, vale a dire un reddito mensile effettivo di fr. 2'949.85 su 13 mesi; doc. 17-1).

11.3 L'autorità inferiore ha inoltre ritenuto quale reddito da invalida, il salario medio annuale ottenibile nel 2000 in attività semplici e ripetitive (categoria 4), ossia fr. 36'328.--, secondo i dati statistici regionali desumibili dalla tabella TA13.

11.3.1 Tuttavia, per giurisprudenza, non è più ammessa la possibilità di fare capo ai dati statistici regionali desumibili dalla tabella TA13 dell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) edita dall'Ufficio federale di statistica, il reddito ipotetico da invalido dovendo essere stabilito sulla base della tabella TA1 dell'ISS, concernente i salari medi nazionali conseguibili nel settore privato (cfr. sentenza del Tribunale federale I 222/06 del 10 luglio 2007).

11.3.2 Per quel che concerne la determinazione del salario da invalida, giova pertanto osservare che la valutazione operata dall'autorità inferiore appare favorevole alla ricorrente. In effetti, richiamando i dati della TA1 dell'ISS per l'anno 2000 in attività semplici e ripetitive (categoria 4) – salario medio mensile – nel settore secondario (fr. 3'641.-- per 40 ore lavorative settimanali e fr. 3'777.55 per le abituali 41.5 ore lavorative settimanali del settore) e terziario (fr. 3'663.-- su 40 ore lavorative settimanali e fr. 3'837.-- sulle abituali 41.9 ore lavorative settimanali del settore), ne discenderebbe un reddito con invalidità di fr. 41'118.-- all'anno $([3'777.55 \times 12] + [3'837 \times 12]) : 2 = 45'687$, cifra che va ridotta ancora del 10%, come rettamente ritenuto nella decisione impugnata), con conseguente tasso d'invalidità

inferiore a quello ritenuto nella decisione impugnata, ciò pure nell'ipotesi in cui si volesse effettuare una riduzione massima del 25% (eccessiva conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso di specie).

11.3.3 Pertanto, anche volendo, nell'ipotesi maggiormente favorevole alla ricorrente, prendere in considerazione il reddito da invalida ritenuto dall'autorità inferiore nella decisione impugnata (v. lettera O.b del riassunto dei fatti del presente giudizio), il tasso d'invalidità (del 15% [con una riduzione del 10%] e del 29% [con una riduzione del 25%]) risulta manifestamente insufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI.

12.

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

13.

13.1 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 l'11 febbraio 2008.

13.2 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 l'11 febbraio 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: