

BVGer C-5965/2012 vom 19. August 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-08-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5965_2012

FR: TAF C-5965/2012 du 19 août 2013

IT: TAF C-5965/2012 del 19 agosto 2013

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale 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 a questo Tribunale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

E. 2.1

In virtù dell'art. 3 lett. dbis 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-26bis e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

E. 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.

E. 2.3

Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi previsti dalla legge (art. 60 e 52 PA). Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame di merito dello stesso.

E. 3.1

Il diritto applicabile è costituito dalle norme in vigore al momento in cui i fatti giuridicamente determinanti si sono prodotti. Il giudice non prende in considerazione eventuali cambiamenti dello stato di fatto e modifiche del diritto posteriori alla data determinante che è quella della decisione litigiosa (DTF 129 V 4 consid. 1.2). Quando è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo il vecchio diritto per il periodo anteriore e secondo le nuove disposizioni a partire dall'entrata in vigore di quelle nuove (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 3.2

Secondo il diritto internazionale, è applicabile l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681) con il suo allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. In questo contesto, dal 1° aprile 2012 l'ALC si riferisce al regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, così come il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 che regola le modalità d'applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (RS 0.831.109.268.1 e 0.831.109.268.11). Questi regolamenti sono dunque applicabili nella specie (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_445/2011 del 4 maggio 2012). Conformemente all'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro come i cittadini di tale Stato. Può essere precisato che il regolamento (CE) n. 1408/71 al quale l'ALC rinviava per il periodo precedente il 31 marzo 2012, conteneva una disposizione simile al suo art. 3 cpv. 1.

E. 3.3

Può essere sottolineato che il riconoscimento all'estero di una rendita d'invalidità secondo il rispettivo sistema di sicurezza sociale non pregiudica la valutazione dell'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del Tribunale federale del 4 febbraio 2003 I 435/02). Pertanto, anche con l'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che postula il riconoscimento di prestazioni AI è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (art. 46 del regolamento [CE] n. 883/2004 in relazione con l'allegato VII dello stesso regolamento; rispettivamente, per il diritto in vigore fino al 31 marzo 2012, art. 40 cpv. 4 in relazione con l'allegato V del regolamento 1408/71; cfr. anche DTF 130 V 253 consid. 2.4; sentenza del Tribunale federale I 376/05 del 5 agosto 2005 consid. 3.1). Deve essere comunque dato per acquisito che la documentazione medica ed amministrativa prodotta dagli istituti di sicurezza sociale di un altro Stato membro deve essere presa in considerazione (art. 49 cpv. 2 del regolamento (CE) n. 987/2009).

E. 3.4

Per quel che concerne il diritto interno, le modifiche disposte dalla 6a revisione della LAI, entrate in vigore il 1° gennaio 2012, sono ugualmente applicabili nel caso di specie, pur tuttavia osservando che tali nuove norme non hanno comportato dei cambiamenti rispetto al vecchio diritto in merito alla valutazione dell'invalidità.

E. 3.5

La ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 30 novembre 2006. 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 12 mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 30 novembre 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 29 ottobre 2012, data dell'impugnata decisione.

E. 4.1

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).

E. 4.2

Nella specie, la ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai 3 anni. Pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

E. 5.1

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.

E. 5.2

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. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede. Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto a un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento (CE) n. 883/04).

E. 5.3

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 si è stabilizzato; la seconda lettera 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%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

E. 5.4

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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA nel suo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 5.5

Per gli art. 5 LAI ed 8 cpv. 3 LPGGA gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete.

E. 6.1

L'interessata non ha più lavorato dopo il giugno 2005. Dal 2001 a quest'ultima data ha svolto un'attività lucrativa a tempo parziale come camiciaia/cucitrice in ragione di 60 ore mensili, stando alle dichiarazioni dell'assicurata contenute nel questionario sottoscritto il 9 luglio 2007 (doc. 16 vol. 1). Nell'attestato relativo alla carriera assicurativa dell'interessata (doc. 4 vol. 1) viene confermato che si trattava in sostanza di un'attività a tempo parziale poiché vengono iscritte 21 settimane di lavoro nel 2002, 17 nel 2003 e 29 nel 2004. La cessazione dell'attività è inoltre da imputare a chiusura della ditta (doc. 16 vol. 1, cifre 7 e 12, doc. 15 vol. 1). Alla luce di queste risultanze non è verosimile, come invece dichiarato dal rappresentante dell'interessata il 25 settembre 2009 (cfr. doc. 107, vol. 1), che l'interessata avrebbe rinunciato nel giugno 2005 ad una attività a tempo pieno (40 ore settimanali) esclusivamente per ragioni di salute. Nello scritto del 12 gennaio 2010, il rappresentante dell'interessata ha poi precisato che quest'ultima aveva lavorato per 60 ore al mese con una retribuzione di 5.88 euro, ciò che corrisponde alle dichiarazioni del 9 luglio 2007 (doc. 110, 111, vol. 1).

E. 6.2

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI in vigore 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, Pratique VSI 2000 p. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

E. 6.3

Ai fini del presente giudizio occorre precisare che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 5 e 28 cpv. 2bis nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007 e art. 8 cpv. 3 LPGA; art. 28a cpv. 2 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008). L'art. 27 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201) precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

E. 6.4

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

E. 7.1

Per quanto riguarda le patologie presentate dall'assicurata, è opportuno riferirsi a quanto esposto nella perizia del SAM. La domanda è stata depositata nel novembre 2006 ed è incontestabile che le patologie che affliggono la ricorrente hanno nel frattempo subito un'evoluzione. Se in un primo tempo il complesso patologico denunciato dall'interessata si limitava a dei problemi artrosici alle ginocchia (in esito anche ad interventi riparatori) e a un fenomeno di distimia, successivamente sono apparse ulteriori turbe. L'esame svolto presso il SAM di Bellinzona nell'aprile 2012 copre l'intero arco di tempo sottoposto all'esame di questo tribunale (dal 30 novembre 2005 al 29 ottobre 2012, cfr. consid. 3.5). I periti del SAM hanno elencato la documentazione medica essenziale presente ad atti e risalente sin dal 1993 fino all'aprile 2012 (ultimi documenti portati dalla paziente medesima). I medici incaricati della perizia hanno rilevato: diagnosi con ripercussione sulla capacità di lavoro: sindrome del tunnel carpale medio-grave a destra, lieve a sinistra. Gonalgie bilaterali nell'ambito di una iniziale gonartrosi del compartimento mediale al ginocchio destro e stato dopo intervento chirurgico di meniscectomia mediale del ginocchio destro in data 23 novembre 1993. Stato dopo intervento chirurgico di artroprotesi del ginocchio sinistro in data 27 gennaio 2006 e stato dopo re-intervento di protesizzazione della rotula e riallineamento rotuleo in data 19 settembre 2006. Disturbo depressivo cronico. Diagnosi

senza influenza sulla capacità di lavoro: fibromialgia, sindrome somatoforme da dolore persistente. Sindrome cervico-vertebrale su alterazioni degenerative della colonna lombare in particolar modo ai segmenti L3-L4, L4-L5, L5-S1 con minima protrusione discale e fenomeni disidratativi. Iniziale poliartrosi alle mani. Osteopenia. Nota tireopatia nodulare con cisti colloidea (eutireosi), tabagismo cronico. Obesità con BMI 30 Kg/m²... Altre patologie, elencate nei ricorsi dell'interessata come cardiopatia ipertensiva, discopatie C4-C5 C6-C7, allergia al nichel, sindrome vertiginose sono poco documentate o possono essere ritenute come turbe passeggero. In sede ricorsuale non vengono avanzate ulteriori turbe aventi un'incidenza debilitante più marcata di quella ritenuta dai medici del SAM.

E. 7.2

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 di attesa di un anno. Pertanto, il 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.

E. 8

Per quanto riguarda le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, l'Ufficio AI ha fatto allestire una perizia pluridisciplinare. Una perizia richiesta dall'Ufficio AI 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 (DTF 123 V 175 e 122 V 157). Lo stesso vale per quel che riguarda le perizie dell'amministrazione fatte esperire da medici esterni. Il Tribunale federale ha in particolare considerato rilevante una perizia affidata al SAM, negando che tale organizzazione sanitaria possa essere considerata 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 (DTF 136 V 376 consid. 4). Determinante è la circostanza che la perizia del servizio di accertamento medico 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). Il Tribunale federale ha tra l'altro precisato che quando in opposizione ad un accertamento di un servizio medico specifico dell'AI viene presentata una perizia che contraddice in modo scientifico ed esauriente quanto espresso dalla precedente indagine sia in ambito diagnostico che nelle conclusioni, ed il giudice non è in grado di decidere quali fra le due può essere condivisa, è lecito far allestire una perizia giudiziaria indipendente e conclusiva (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 9.1

Nel caso in esame, da molto tempo viene indicata le diagnosi di fibromialgia (ossia un insieme di dolori risentiti dal paziente che generalmente non trovano riscontro in esami strumentali di vario tipo) e di sindrome somatoforme da dolore persistente. A proposito di queste patologie - la prima posta generalmente sotto il profilo specialistico reumatologico/ortopedico, la seconda sotto il profilo psichiatrico, ma comunque ambedue facenti capo allo stesso complesso sintomatologico -, va rilevato che 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 Schaffhauser/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 (vedi anche DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b; DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Peraltro, 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 ed intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita di 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 conflitti psichico 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 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 352 consid. 2.2.2; cfr. anche DTF 135 V 201).

E. 9.2

Dal punto di vista ortopedico/reumatologico (Dott. Mariotti), l'esperto rileva, sulla scorta di un ampio esame clinico ed un'abbondante documentazione oggettiva (Rx, RM), una seria gonartrosi al ginocchio sinistro che ha reso necessario l'intervento di artroprotesi del gennaio 2006. Nonostante ciò, si è reso indispensabile un ulteriore intervento di protesizzazione della rotula con riallineamento rotuleo. Al momento dell'esame, comunque, l'esperto apprezzava un ginocchio (sinistro) privo di gonfiori o versamenti e senza segni clinici di instabilità protetiche. Le numerose indagini radiologiche svolte successivamente non hanno mostrato riprese del processo patologico. Al ginocchio destro l'esperto nota un'iniziale gonartrosi ed i noti esiti di una lontana meniscectomia (1993). Attualmente si

evidenziano una riduzione della rima articolare e minime alterazioni osteofitiche retro patellari. Clinicamente il ginocchio (destra) è blando senza segni di versamento o segni di lesioni ligamentari o meniscali. Per quanto riguarda i disturbi alla colonna in toto, il quadro doloroso ripetutamente denunciato dalla paziente è da porre in relazione con una sindrome fibromialgica. Infatti, sono presenti tutti i "tender points" necessari per questa diagnosi. Questa patologia è da mettere in relazione con le problematiche depressive-ansiose di cui l'interessata già soffre (cfr. per le ripercussioni di queste patologie nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità il consid. 9.1). Anche la lamentata cefalea è da mettere in relazione con il fenomeno fibromialgico o la sindrome da dolore somatoforme. Di fatto, le numerose indagini radiologiche, le TAC e le RM non mostrano, a livello della colonna in toto, che un modesto quadro patologico. Dal punto di vista reumatologico è pure da segnalare una iniziale poliartrite delle dita in ambedue le mani ed una sindrome del tunnel carpale destra (meglio descritta, per competenza, dal neurologo). L'esperto Dott. Mariotti valuta la capacità al lavoro della paziente al cento per cento, sia nella sua qualità di camiciara con più compiti, sia come casalinga.

E. 9.3

Dal punto di vista neurologico, l'indagine svolta (Dott. Karau) ha riscontrato un'ipotesia all'arto superiore destro. Così, all'esame neurografico è stata riscontrata la presenza di una sindrome del tunnel carpale medio grave a destra (quasi normale a sinistra). Per il resto il quadro neurologico è del tutto normale. Non sono stati riscontrati, né deficit di forza, di tono e trofismo muscolare; tutti i riflessi sono normalmente evocabili e simmetrici. La vasta esplorazione elettromiografia, a parte il problema del tunnel carpale a destra, ha permesso di confermare la normofunzionalità di tutti i nervi esaminati. L'esame strumentale svolto dal Dott. Karau ha permesso di stabilire come non sussistano sofferenze radicolari sia a livello cervicale che lombare: non esistono sofferenze neurogene, né di tipo acuto, né di tipo cronico. I risultati dei referti EMG e ENG sono allegati alla perizia del Dott. Karau. Vi è solo un riscontro patologico al nervo mediano sensitivo e motorio destro, come sopra ricordato. Questo deficit può essere corretto in modo semplice e sicuro tramite un intervento di decompressione chirurgica del nervo mediano in corrispondenza del tunnel del carpo. Attualmente, tale difetto comporta un'incapacità di lavoro come cucitrice del 30%. La paziente è abile al 100% nel suo lavoro di casalinga ed in ogni altro lavoro che non comporti una particolare abilità del polso e mano destra.

E. 9.4

Sotto il profilo psichiatrico (Dott. Mari), l'interessata presenta un orientamento di tipo depressivo con tonalità umorale a carattere distimico sul quale poco hanno inciso fino ad ora le terapie specialistiche effettuate. La diagnosi è dunque basata su di un disturbo depressivo a carattere cronico ed una sindrome somatoforme da dolore persistente. Per quanto riguarda questo ultimo aspetto, valgono le considerazioni espresse al considerando 9.1. La paziente è toccata da una patologia di carattere psichiatrico di tendenza cronica ma di incidenza funzionale minima. In particolare l'esperto considera che tale disturbo psicosomatico venutosi progressivamente a creare è stato curato senza un evidente successo, ma non ha mai comportato un ritiro sociale completo tale da far presumere che la malattia sia più grave. Da questa situazione, lo specialista ne deduce che la paziente presenta, in sostanza, un'incapacità di lavoro di tipo "generale" del 10%, valutazione valida sia nell'ambito lavorativo remunerato precedente che in altre attività dipendenti. La diminuzione della capacità lavorativa si giustifica con il fatto che le limitazioni funzionali

derivate dalla patologia psichiatrica consistono in una riduzione della resistenza, della tenuta e della tolleranza nei confronti dello stress.

E. 9.5

La presenza di fibromialgia non è dunque accompagnata da un correlato di patologia psichiatrica di rilievo invalidante. Non esiste dunque una comorbidità tra le affezioni di carattere ortopedico/reumatologico con quelle di natura psichiatrica. Perciò i periti incaricati hanno considerato sia la fibromialgia (diagnosticata dal reumatologo) che la sindrome somatoforme da dolore persistente come non aventi carattere invalidante.

E. 9.6

Infine può essere annotato che la ricorrente non ha prodotto, né in fase di audizione, né in quella di ricorso, documenti che possano sovvertire quanto esposto dai medici del SAM. I referti esibiti non fanno altro che confermare il quadro patologico riscontrato durante la visita al SAM di Bellinzona. I documenti sono sempre stati sottoposti al servizio medico dell'UAIE, Dott. Salzmann, il quale ha negato che tale refertazione possa in qualche modo porre dubbi sulla valutazione degli specialisti menzionati (cfr. doc. 32, vol. 2 e doc. 11 TAF).

E. 10.1

Il collegio giudicante, sulla scorta del parere del SAM e del servizio medico dell'UAIE, ritiene che A. _____, presenta, a partire dall'aprile 2007 (sei mesi dopo l'intervento al ginocchio sinistro del settembre 2006), un'incapacità lavorativa del 10% di tipo generale (in qualsiasi attività) ed un'incapacità del 30% nel lavoro originale (migliorabile con un intervento chirurgico al polso destro). Come casalinga, l'assicurata non presenta, né ha mai presentato alcuna invalidità ai sensi della LAI, ma solo momenti più o meno prolungati d'incapacità passeggera. L'incapacità al lavoro del 10% è da ascrivere a motivi psichiatrici, quella del 30%, in ragione della situazione al polso destro, ma è riferibile alla precedente professione. I vari gradi d'invalidità non sono ovviamente sommabili. Infatti, il grado d'invalidità non risulta dalla somma delle singole incapacità lavorative (di origine somatica o psichica) ma piuttosto da una valutazione globale dell'incidenza di queste patologie sulla capacità di lavoro residua (DTF 123 V 45 consid. 3b e SVR 2008 IV n.15 consid. 2.1).

E. 10.2

Secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (DTF 130 V 97 consid. 3.2).

E. 10.3

Per le ragioni già esposte al considerando 3.3, è ininfluenza il fatto che la ricorrente sia stata riconosciuta invalida dalle patrie assicurazioni sociali o sia considerata come invalida civile, dal momento che la valutazione del grado d'invalidità è operata secondo il diritto svizzero (la legislazione dello Stato nel quale si chiede una determinata prestazione). Tale fondamento è valido non solo in applicazione del vigente ALC, ma era in vigore anche con le precedenti convenzioni bilaterali in materia di sicurezza sociale. Parimenti, l'Ufficio AI competente non è tenuto a seguire la valutazione dell'invalidità espressa da un medico non

operante nel sistema sanitario ed assicurativo elvetico, dal momento che la stessa nozione d'invalidità non è uguale nei singoli Paesi aderenti all'ALC.

E. 11.1

L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione d'eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPGa). Occorre pertanto esaminare se, nell'ambito di attività di sostituzione, l'insorgente presenti un'incapacità di guadagno di rilievo.

E. 11.2

Nella fattispecie, visto che l'interessata può riprendere almeno parzialmente la sua professione precedente di camiciara, non è necessario procedere ad un raffronto dei redditi. Il reddito ipotetico che l'assicurato realizzerebbe senza invalidità corrisponde ad un tasso del 30%, fissato tenendo conto, in particolare, delle constatazioni mediche e di altre circostanze determinanti (Prozent-Vergleich, cfr. sentenze del Tribunale federale 9C_947/2008 del 29 maggio 2009 e 9C_1/2011 del 22 febbraio 2012). In altre parole, l'insorgente essendo in grado di riprendere al 30% il suo precedente lavoro di operaia del settore delle confezioni, come pure al 90% altre attività adeguate che tengano conto del suo stato di salute, la perdita di guadagno corrisponde all'incapacità di lavoro e risulta essere inferiore al 40%, soglia per avere diritto a una rendita d'invalidità. Oltretutto, richiamando il cosiddetto metodo misto di valutazione (cfr. consid. 6.4), può essere osservato che l'interessata è inabile al 30% solo nella sua precedente attività di camiciara/cucitrice, attività che rappresentava circa 1/3 del suo lavoro (12 ore settimanali circa su 40 ore), ma non presenta alcuna invalidità per il restante lavoro di casalinga. In applicazione del metodo misto, il grado d'invalidità sarebbe ancora inferiore al 30%.

E. 12.1

Visto quanto precede, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

E. 12.2

La procedura è di principio onerosa (art. 69 LAI). Nella memoria ricorsuale e con la compilazione del questionario d'assistenza giudiziaria, l'insorgente ha chiesto di essere esonerata da queste spese. Vista la situazione personale della medesima, esaminati gli atti prodotti, le spese processuali possono essere condonate ai sensi dell'art. 6 lett. a del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TS-TAF, RS 173.320.2).

E. 12.3

Visto l'esito del ricorso, non vengono assegnate 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 TS-TAF).