

BVGer C-6978/2010 vom 20. Oktober 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-10-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6978_2010

FR: TAF C-6978/2010 du 20 octobre 2011

IT: TAF C-6978/2010 del 20 ottobre 2011

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Secondo l'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). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

Conformemente all'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. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

E. 1.4

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

E. 2.1

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra i cittadini di uno Stato membro della Comunità europea, ivi risiedenti, ed i cittadini svizzeri (art. 2 e 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

E. 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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 2.3

L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino italiano 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.

E. 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).

E. 3

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

circolare 253 del 12 dicembre 2007 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali [UFAS]), se l'incapacità di lavoro inizia dopo il 1° gennaio 2007 ed un evento assicurato si verifica nel corso del 2008, la rendita può essere versata allo scadere del termine di attesa di un anno in deroga all'art. 28 cpv. 1 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008, a condizione che la domanda di rendita sia presentata entro il 31 dicembre 2008.

E. 4

La ricorrente contesta la fondatezza delle tre decisioni del 6 settembre 2010, con le quali l'UAIE le ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità limitata dal 1° giugno 2008 al 31 gennaio 2009, a tre quarti di rendita limitata dal 1° maggio al 31 luglio 2009 e ad una rendita intera limitata dal 1° agosto al 30 novembre 2009, per il motivo, in sostanza, che il suo stato di salute non sarebbe mai migliorato.

E. 5

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere, cumulativamente, le seguenti condizioni: - essere invalido ai sensi della legge svizzera; - avere versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno un anno intero (art. 36 cpv. 1 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 tale 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 CEE n° 1408/71). In concreto, è pacifico che la ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

E. 6.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 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. 6.2

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 dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

E. 6.3

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per

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

E. 6.4

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 cpv. 1 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 nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 6.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 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, 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, 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. 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.

E. 6.6

In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2).

E. 7

Una rendita d'invalidità limitata e/o crescente/decrescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGGA. Bisogna perciò conformarsi ai principi di questa disposizione per verificare la legalità della decisione

impugnata. In base a tale norma, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, vi è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 dell'ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità/OAI, RS 831.201). Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità degressiva e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere, in caso di contestazione, oggetto della lite e dell'impugnazione. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413, consid. 2.2 e 2.3, confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione venga accordata con effetto retroattivo ma limitata nel tempo, aumentata o ridotta, esiste un'unica relazione giuridica; ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni recanti la stessa data (DTF precitata consid. 2.2 e 2.3).

E. 8

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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109). Va ancora rilevato che una perizia richiesta dall'Ufficio AI cantonale (in casu un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte (DTF 136 V 376 consid. 4, vedi anche sentenza del Tribunale federale 9C_189/2011 dell'8 luglio 2011 consid. 3.2). 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). 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). In una recente giurisprudenza 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, occorre far allestire una perizia giudiziaria indipendente e conclusiva (DTF 137 V 270).

E. 9.1

In concreto, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia del dott. C._____, specialista in chirurgia ortopedica, del 2 dicembre 2008 (incarto CSS, doc. 42/2 a 10), dai rapporti del dott. E._____, specialista in medicina interna, del 29 aprile e 22 settembre 2008 (incarto AI, doc. 1 e 16), dalla perizia E 213 del dott. F._____, medico dell'INPS, del 27 agosto 2008 (incarto AI, doc. 32), dalla perizia del SAM stilata dal dott. I._____, reumatologo, e dalla dott.ssa L._____, psichiatra, il 27 luglio 2010 (incarto AI, doc. 63/1 a 45), nonché dal rapporto del dott. G._____, medico dell'UAI-TI, del 4 agosto 2010 (incarto AI, doc. 65), risulta la diagnosi generale di sindrome cervicospondilogeno e lombospondilogeno cronico, di periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito bilaterale, di periartropatia al gomito destro, di minime artrosi intercarpiche bilaterali, di esiti da amputazione parziale della falange distale dell'anulare alla mano destra (1983) e da artrodesi talocalcanearo a destra (2008), di gonalgie, d'artrosi posttraumatiche alle caviglie bilaterali e di sindrome mista ansioso depressiva. Tali diagnosi sono pure riprese nella documentazione medica esibita in sede di ricorso e di replica, in particolare nelle perizie del dott. H._____.

E. 9.2

Per costante giurisprudenza, le affezioni appena menzionate sono di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Così, nell'assenza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile l'art. 29 cpv. 1 let. a LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007), per cui può entrare in considerazione solo la lettera b 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 abbia subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante almeno un anno.

E. 10.1

Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnostiche sulla capacità lavorativa, il dott. F._____ ha esposto, nella sua perizia E 213 del 27 agosto 2008, che la ricorrente è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, senza controindicazioni, ma che può esercitare il suo ultimo lavoro, come pure attività adeguate alle sue condizioni, solamente nella misura del 50%, il grado d'invalidità essendo fissato, conformemente al diritto italiano, al 50%. Il medico dell'INPS ha peraltro descritto, in particolare, un rachide

ipoelastico con spinalgia e contrattura dei muscoli paravertebrali ed una zoppia deambulatoria a destra, i movimenti e l'andatura essendo comunque normali. Su incarico della CSS, il dott. C._____ ha constatato, nella sua perizia del 2 dicembre 2008, un'incapacità lavorativa completa per l'ultimo lavoro svolto e una capacità lavorativa del 70% in attività confacenti leggere, prevalentemente sedentarie, senza necessità di uso frequente o prolungato degli arti superiori al di sopra dell'orizzontale e di pedaliera, e non implicanti l'esecuzione di movimenti continuati o ripetitivi sotto sforzo, anche non particolarmente intensi, delle mani, con un limite di carico per il trasporto di pesi di circa 5 kg.

E. 10.2

Dal canto loro, il dott. I._____ e la dott.ssa L._____ hanno valutato, nella loro perizia bidisciplinare del 27 luglio 2010, una capacità lavorativa nulla, dal 18 giugno 2007, per l'ultimo lavoro svolto, e completa come casalinga, ma con una diminuzione del rendimento del 20%, dal 1° luglio 2008, salvo per i periodi dal 18 giugno 2007 al 30 giugno 2008 e dal 4 maggio al 4 agosto 2009, in cui in cui è stata fissata una capacità lavorativa nulla anche per l'attività di casalinga. In occupazioni confacenti la capacità lavorativa è stata reputata completa, ma con una diminuzione del rendimento del 30%, a decorrere dal 22 ottobre 2008 (visita della ricorrente da parte del dott. C._____), eccettuati i periodi dal 18 giugno 2007 al 21 ottobre 2008 e dal 4 maggio al 4 agosto 2009, in cui la capacità lavorativa è stata considerata nulla per qualsiasi attività. Confacenti sono state considerate attività per le quali la ricorrente può sollevare e portare pesi, fino all'altezza dei fianchi, non superiori a 10 kg molto spesso e tra i 10 e i 25 kg di rado, sollevare pesi, sopra l'altezza del petto, talvolta fino e di rado oltre i 5 kg, maneggiare attrezzi di precisione e pesanti talvolta, di media entità molto spesso e molto pesanti di rado, eseguire talvolta la rotazione manuale, di rado effettuare lavori sopra la testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, spesso la posizione in piedi ed inclinata in avanti, talvolta assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia, di rado assumere la posizione accovacciata, talvolta la posizione seduta e in piedi di lunga durata, molto spesso camminare fino e talvolta oltre i 50 metri, di rado camminare per lunghi tragitti e su terreno accidentato, talvolta salire le scale ma mai le scale a pioli. In particolare, il dott. I._____ ha constatato l'assenza di deficit cervicoradicolari, una limitazione minima delle spalle all'abduzione con sintomatologia d'attrito terminale, dei movimenti passivi dei polsi indolori, una colonna lombare moderatamente limitata ai movimenti attivi e passivi, con dolori a fine corsa in aumento durante l'anteflessione del tronco, indizio clinico per un'instabilità segmentale favorita dal decondizionamento muscolare, il quale non sarebbe più, secondo la ricorrente, oggetto di un programma fisioterapico dal 2007, l'assenza di deficit lomboradicolari acuti, ed un varismo accentuato a destra delle ginocchia, con minima instabilità laterale del ginocchio sinistro, la loro mobilità essendo libera dalle due parti, con dolori retrorotulei a fine corsa all'iperflessione del ginocchio destro. Dal punto di vista psichiatrico, la dott.ssa L._____ ha rilevato, in breve, che la ricorrente risulta essere un soggetto complessivamente ben funzionante, senza precedenti psichiatrici degni di nota, che evidenzia un quadro misto ansioso depressivo di qualità lieve-media e, nonostante tutto, ancora un nucleo reattivo di base, con un'incapacità lavorativa del 15%, intesa come limitazione funzionale dovuta unicamente a fattori psichici, per l'ultimo lavoro svolto e per attività confacenti rispetto all'età, al livello culturale e allo stato fisico della ricorrente, e una piena capacità lavorativa come casalinga.

E. 10.3

A sua volta il dott. G. _____ ha confermato, nel suo rapporto del 4 agosto 2010, le conclusioni della perizia del SAM, riassumendo che l'incapacità lavorativa per l'ultimo lavoro svolto è completa dal 18 giugno 2007 e che, per attività confacenti, essa è pure completa da quest'ultima data fino al 21 ottobre 2008, del 30% dal 22 ottobre 2008 al 3 marzo 2009, nuovamente completa dal 4 maggio al 4 agosto 2009 e del 30% dal 5 agosto 2009. In seguito, nell'ambito della presente procedura, il dott. N. _____ e la dott.ssa O. _____, entrambi medici dell'UAI-TI, hanno pure aderito senza riserve, nella loro presa di posizione del 24 febbraio 2011, alle conclusioni della perizia del SAM.

E. 10.4

Ora, la perizia del SAM appare a questo organo giudiziario conforme alle esigenze sopra descritte (cfr. consid. 8), cosicché, viste le risultanze chiare e dettagliate di tale perizia, fondamentalmente sovrapponibili a quelle del dott. C. _____ e confermate dai tre medici dell'UAI-TI occupatisi del caso, senza per il resto essere state messe convincentemente in dubbio da altra documentazione medica agli atti, esso non può che condividerle e considerare che la ricorrente presenta una capacità lavorativa nulla, dal 18 giugno 2007, per l'ultimo lavoro svolto, e completa come casalinga, ma con una diminuzione del rendimento del 20%, dal 1° luglio 2008, salvo per i periodi dal 18 giugno 2007 al 30 giugno 2008 e dal 4 maggio al 4 agosto 2009, in cui la capacità lavorativa è nulla anche per l'attività di casalinga, nonché, in occupazioni confacenti, una capacità lavorativa completa, ma con una diminuzione del rendimento del 30%, a decorrere dal 22 ottobre 2008, eccettuati i periodi dal 18 giugno 2007 al 21 ottobre 2008 e dal 4 maggio al 4 agosto 2009, in cui la capacità lavorativa è nulla per qualsiasi attività.

E. 11

Come già esposto al consid. 5.5, secondo l'art. 16 LPGA, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro (reddito da invalido), è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In concreto, l'UAI-TI ha considerato, sulla base del secondo rapporto della consulente in integrazione professionale, del 5 agosto 2010 (incarto AI, doc. 67), che la ricorrente avrebbe potuto guadagnare, nel 2009, visti i dati indicizzati forniti dall'ex datore di lavoro, un salario da valida annuo di Fr. 38'825.- e, secondo i dati dell'UFS relativi ad attività leggere e non qualificate (tabelle RSS), un salario da invalida di Fr. 52'451.-, ridotto del 20.7% in seguito al parallelismo dei redditi ("gap salariale") e del 13% per tenere conto delle circostanze personali, nonché considerato nella misura del 70% (capacità lavorativa residua), ossia Fr. 24'820.-, da cui sono stati derivati una perdita di guadagno e un grado d'invalidità del 36%. L'UAI-TI ha inoltre proceduto, il 6 agosto 2010 (incarto AI, doc. 69 e 70), ad un calcolo della media retrospettiva, ricavando un grado d'invalidità approssimativo del 66% per il periodo dal 1° maggio al 31 luglio 2009, dimodoché ha riconosciuto alla ricorrente, in definitiva, un grado d'invalidità del 100% dal 1° giugno 2008 al 31 gennaio 2009 (rendita intera), del 66% dal 1° maggio al 31 luglio 2009 (tre quarti di rendita) e del 100% dal 1° agosto al 30 novembre 2009 (rendita intera). Questo calcolo è stato eseguito correttamente, in particolare per quanto attiene al parallelismo dei redditi, alla riduzione del salario da invalida in funzione delle circostanze personali e alla determinazione dettagliata della media retrospettiva, e non può perciò che

essere approvato in questa sede.

E. 12

Di conseguenza, il ricorso deve essere respinto e le decisioni impugnate confermate.

E. 13

Giova ancora ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). 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 (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

E. 14

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico della ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 29 aprile 2011. In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Visto l'esito della procedura, non si assegnano alla ricorrente indennità per spese ripetibili. Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del Regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.