



Corte III
C-3058/2011

Sentenza del 21 agosto 2012

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Elena Avenati-Carpani, Madeleine Hirsig-Vouilloz;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____, rappresentata dal Patronato INAS,
via G. Lanz 25, 6850 Mendrisio,
ricorrente,

Contro

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

Oggetto

Assicurazione invalidità, decisione 26 aprile 2011.

Fatti:**A.**

A. _____, cittadina italiana, nata il _____, coniugata, ha lavorato in Svizzera dal 1973 al 1987 e dal 1994 al 2009 (doc. 57-4), solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Dall'aprile 2003, la nominata, frontaliere, era alle dipendenze di una ditta di confezioni di Mendrisio in qualità di cucitrice in ragione di 40 ore settimanali (doc. 11). In data 2 settembre 2009, la dipendente ha interrotto la sua attività per ragioni di salute ed il 26 aprile 2010 ha formulato una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 8).

B.

L'Ufficio AI del Cantone Ticino, competente per esaminare sul merito la richiesta, ha acquisito agli atti l'incarto della cassa malati Allianz Suisse Società d'assicurazioni (CM). Da questo plico emergono segnatamente i seguenti documenti di rilievo: un rapporto dell'ispettore sinistri "persone" del 17 maggio 2010 che, dopo colloquio, dispone una visita specialistica in psichiatria (doc. 24 CM); la relazione del Dott. Daguet, psichiatra, del 14 giugno 2010 che attesta "lieve sintomatologia ansiosa-depressiva (F 32.01)" patologia senza invalidità di rilievo (doc. 25 CM); la decisione 9 dicembre 2010 della CM che conferma l'interruzione dell'indennità giornaliera per malattia al 1° settembre 2010 (doc. 26 CM).

C.

Da parte dell'assicurazione invalidità, l'assicurata è stata convocata il 24 giugno 2010 per una prima valutazione (doc. 17). Sono stati acquisiti, in modo particolare, i seguenti documenti:

- la comunicazione del 2 luglio 2010 dell'Ufficio AI ticinese concernente i provvedimenti d'intervento tempestivo sotto forma di corso di formazione che l'interessata è tenuta a svolgere presso la Vicario Consulting dal 17 agosto al 30 settembre 2010 (doc. 27).

- un certificato della psicologa Dott.ssa Madera, Varese, la quale attesta, il 17 agosto 2010, una grave sintomatologia ansio-depressiva bisognosa di cure ed accompagnamento (doc. 33).

- una pronuncia del medico dell'Ufficio AI Dott. Klauser del 26 agosto 2010 che consiglia una visita internistica (doc. 35).

- il rapporto dell'agenzia Vicario Consulting (doc. 37);
- una perizia medica particolareggiata (E 213) allestita il 12 agosto 2010 presso i servizi medici dell'istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Varese, dove il medico incaricato, in base alla diagnosi di sindrome ansioso-depressiva in trattamento, lombalgia cronica, esiti di isterectomia bilaterale (2005), ha posto un tasso d'invalidità del 40% nella sua ultima attività (doc. 44);
- una scheda di valutazione dell'indice di dolore del 10 luglio 2008 (doc. 45);
- referti radiologici ed altri esami del 2004/2005 (doc. 47);
- una perizia psichiatrica redatta il 23 settembre 2010 dal Dott. Sutura, dove si diagnostica un episodio depressivo di media gravità con sintomi biologici, sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata, sindrome somatoforme da dolore persistente; l'esperto di parte considera la paziente inabile al lavoro in misura del 100% (doc. 53);
- altri referti sanitari poco leggibili del Dott. Gentile del 3 settembre 2010 e del Dott. Sutura 13 settembre 2010 (doc. 53-4, 53-5);

Il caso è stato sottoposto al medico dell'assicurazione AI (doc. 54). Nella sua relazione del 13 ottobre 2010/4 gennaio 2011, il Dott. Posa ha rilevato, quale diagnosi, una sindrome delle gambe senza riposo. Il medico considera la paziente invalida in misura del 30% nella sua abituale attività e del 20% in attività sostitutive (cfr. doc. 54-6, 54-7).

L'amministrazione ha proceduto ad un calcolo comparativo dei redditi (doc. 57), dal quale è risultato che svolgendo attività alternative in misura dell'80%, l'assicurata subirebbe una perdita di guadagno dello zero per cento. In questo calcolo il salario dopo l'invalidità è stato ridotto del 5% per tenere conto della situazione particolare (doc. 57).

Con progetto di decisione del 19 ottobre 2010, l'Ufficio AI ticinese ha disposto la reiezione della domanda di rendita (doc. 56).

D.

Con l'opposizione del 9 novembre 2010, A._____, regolarmente rappresentata dal Patronato INAS, chiede, previa la visione degli atti, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni. Produce un referto manoscritto del Dott. Sutura dell'8 novembre 2010 non ben leggibile, dove si afferma

che rispetto al suo esame precedente del 23 settembre 2010 la situazione sarebbe ulteriormente peggiorata (doc. 58.6).

E.

Ricevuta l'impugnativa, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al proprio medico, Dott. Klausner, il quale, ha ritenuto necessaria una visita specialistica (psichiatria) presso il servizio medico regionale (SMR, doc. 61).

Nel frattempo, il 2 febbraio 2011, l'INAS di Mendrisio ha inviato una nuova perizia dello psichiatra Dott. Suter datata 27 gennaio 2011 (doc. 63). Viene ripresa la diagnosi già esposta nelle precedenti perizie del 23 settembre 2010. A suo parere, la patologia in corso sta evolvendo verso una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità, con sintomi biologici (F 33.11 ICD 10).

La visita psichiatrica presso il SMR è avvenuta il 17 febbraio 2011 ed il relativo rapporto della specialista Dott.ssa Uslenghi è stato rimesso il 24 febbraio successivo (doc. 65). L'esperta incaricata rileva la diagnosi di episodio depressivo di grado lieve medio (ICD 10 F 32.1). La specialista stima che la paziente, in qualsiasi attività compresa la precedente, presenti un grado d'invalidità del 30%.

L'Ufficio AI ha svolto un nuovo calcolo comparativo, dal quale è emerso che la nominata non presenta invalidità (doc. 70).

Mediante decisione del 26 aprile 2011 (doc. 71), l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha respinto la domanda di prestazioni.

F.

Con il ricorso depositato il 23 maggio 2011, A. _____, sempre rappresentata dal Patronato INAS di Mendrisio, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. Chiede inoltre la dispensa dalle spese giudiziarie e gratuito patrocinio. L'insorgente osserva che non si è tenuto conto della documentazione medica prodotta. La parte ricorrente contesta il calcolo effettuato dal consulente in integrazione professionale, osservando che non si è tenuto conto della forte disparità salariale fra le statistiche ed i salari in vigore nella zona di confine. A suffragio delle sue conclusioni produce una nota aggiuntiva del Dott. Suter nella quale si ribadisce l'assoluta incidenza invalidante della patologia in corso, già solamente per il fatto che alle stesse mancano completamente

capacità di attenzione e concentrazione, e difettano anche sentimenti di volitività e capacità di organizzazione.

G.

Ricevuta l'impugnativa, l'Ufficio AI cantonale ha sottoposto gli atti al proprio servizio medico. Nel rapporto del 10 giugno 2011, i Dott.ri Erba e Uslenghi ribadiscono quanto già spiegato.

Nella sua risposta di causa del 1° luglio 2011, l'Ufficio AI cantonale propone dunque la reiezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto necessario, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio. Anche l'UAIE, nella sua risposta del 19 luglio 2011, propone la reiezione del ricorso.

H.

Con ordinanza dell'8 agosto 2011, il Tribunale amministrativo federale ha invitato la parte ricorrente a esprimersi in merito alle osservazioni delle rispettive amministrazioni ed altra documentazione di rilievo, entro l'8 settembre 2011. L'interpellata non ha esercitato il suo diritto di replica.

I.

Con decisione incidentale del 15 settembre 2011, questo Tribunale ha invitato la parte ricorrente a versare un anticipo di 400 franchi, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato regolarmente versato il 21 settembre 2011.

Diritto:

1.

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale (TAF) 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).

2.

2.1 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

2.2 Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

2.3 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'interessata ha versato l'anticipo delle presunte spese processuali di Fr. 400.-. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (nel tenore in vigore fino al 31 marzo 2012) 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). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

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

dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

3.3 L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71. I nuovi regolamenti (CEE) n° 883/2004 e n° 987/2009 concernenti il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale in vigore dal 1° aprile 2012 fra la Svizzera e gli Stati membri dell'UE, che sostituiscono i regolamenti (CEE) n° 1408/71 e 574/72, non sono applicabili.

4.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5^a revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 135 V 24 consid. 4.3). Le disposizioni relative alla 6a revisione AI (primo pacchetto di misure) che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012 non sono invece applicabili (RU 2011 5659, FF 2010 1603).

5.

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 26 aprile 2011, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 con i rinvii).

6.

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

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;

- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno tre anni (art. 36 LAI). 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).

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.

7.

7.1 In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

7.2 L'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 LPGA) 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 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

7.3 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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, 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 (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

7.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

8.

8.1 L'assicurata ha interrotto la sua attività per motivi di salute il 2 settembre 2009. Dal 2003 era cucitrice presso una ditta di Mendrisio.

8.2 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. 28a cpv. 1 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). 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).

8.3 In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado 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).

8.4 Inoltre, 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 e 122 V 160).

9.

Nella fattispecie, l'interessata soffre di una patologia che ha evoluto nel tempo. In un primo momento, il Dott. Daguet, psichiatra della cassa malati Allianz, rilevava nel suo rapporto del 14 giugno 2010 (doc. 25 CM) una lieve sintomatologia ansiosa-depressiva (F 32.01). L'esperto constatava che la paziente non era seguita da alcun specialista. Tuttavia il 17 agosto 2010, la psicologa Dott.ssa Madera (scrivendo al medico curante dell'interessata) rilevava un'agitazione psicomotoria da inquadrare in una sintomatologia ansio-depressiva grave (doc. 33). Il medico dell'INPS (doc. 44, cifra 4.1), il 18 agosto 2010, evidenziava una discreta sindrome ansio-depressiva. Il Dott. Sutura, psichiatra, il 23 settembre 2010, diagnosticava un episodio depressivo di media gravità con sintomi biologici, sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata, sindrome somatoforme da dolore persistente (doc. 53). Visto che la contestazione faceva perno sulla problematica psichiatrica, l'Ufficio AI ha ordinato una perizia presso il SMR la quale è stata effettuata dalla Dott.ssa Uslenghi il 17 febbraio 2011. È stata posta la diagnosi di episodio depressivo di grado lieve medio (ICD 10 F 32.1). Dal punto di vista ortopedico l'interessata soffre di lombalgie croniche ed anche, come asserisce il Dott. Posa, sindrome delle gambe senza riposo (doc. 44, 54 e seg.).

10.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, ci si trova confrontati, essenzialmente, a due pareri opposti. Da una parte l'Ufficio AI, sulla scorta delle indagini svolte dai Dott.ri Posa ed Uslenghi, ammette un tasso d'invalidità massimo del 30% in qualsiasi ambito (precedente lavoro di cucitrice od altri più leggeri). Questo impedimento è da imputare alle turbe psichiche, poiché, quello da ascrivere a problemi ortopedici è circa del 20%. Dal canto loro i medici italiani specialisti in psichiatria (Dott.ssa Madera, Dott. Sutura) ritengono la paziente invalida in misura totale. Va rilevato che il Dott. Daguet per conto della cassa malati non aveva rilevato alcun segno d'inabilità al lavoro nella sua relazione del 14 giugno 2010. Il medico dell'INPS, il 12 agosto 2010, ha po-

sto un tasso d'invalidità del 40%, pur rilevando che la paziente era in grado di svolgere attività semipesanti o il precedente lavoro in misura del 60%.

10.2 L'essenziale della divergenza in atto si situa a livello psichiatrico. Ora, questo collegio giudicante reputa adeguata, completa ed affidabile l'indagine svolta dalla Dott.ssa Uslenghi.

10.2.1 La paziente è risultata lucida ed orientata nei parametri temporali con aspetto curato, atteggiamento collaborante, all'inizio del colloquio ansiosa ma poi rilassata; la mimica facciale appare triste ma poi migliora; la gestualità è viva. L'intelligenza non mostra grossolani deficit, il tono dell'umore è solo leggermente deflesso in senso depressivo; l'affettività si caratterizza all'inizio con uno stato d'ansia e crisi di pianto; non vi sono alterazioni della forma del pensiero; la percezione è pronta e libera da errore. La psichiatra osserva che la paziente, in cura psicofarmacologica da poco tempo, ha migliorato il quadro generale: rispetto alla valutazione del Dott. Daguet si registra una sintomatologia depressiva moderata, in particolare la diminuzione della spinta vitale, un'aumentata astenia che però non appare così grave come soggettivamente percepita. Il medico esclude che si possa parlare di un episodio depressivo grave (contrariamente a quanto afferma il Dott. Sutura) poiché mancano completamente gli elementi psicopatologici al riguardo. Inoltre, osserva l'esperto, la presenza di un episodio depressivo maggiore escluderebbe di regola la possibilità di porre contemporaneamente la diagnosi di una sindrome da disadattamento come invece sostenuto dal Dott. Sutura. Su questo punto la perizia del Dott. Sutura sarebbe poco convincente. Infine, la Dott.ssa Uslenghi riferisce come dal colloquio sia chiaramente emerso che la paziente non ha subito una perdita di integrazione sociale negli ambiti della vita. La patologia in atto, non grave, potrebbe inoltre essere migliorata con una terapia più mirata.

10.2.2 A questo collegio giudicante non appare indicato seguire il parere del Dott. Sutura. Nelle condizioni ampiamente descritte dalla Dott.ssa Uslenghi è verosimile che la paziente non presenti una patologia di gravità tale da indurre a porre, come lo fa il Dott. Sutura, un tasso d'invalidità totale. La sua valutazione appare poco credibile proprio perché manifestamente esagerata e, quindi, assume tipicamente quei connotati di perizia di parte. La descrizione generale (quadro clinico) svolta dalla Dott.ssa Uslenghi fa ritenere che A._____ presenta sì dei problemi di ordine psichico, tuttavia non gravi da attingere il livello invalidante ai sensi di leggi e

peraltro emendabili con un migliore cura farmacologica ed un seguito specialistico.

La perizia svolta dalla Dott.ssa Uslenghi appare conforme alle esigenze giurisprudenziali menzionate al consid. 8.4. I mezzi di prova messi in opera dall'autorità inferiore atti a verificare lo stato psichico dell'assicurata appaiono adeguati e completi. Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito che l'amministrazione ed il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore, quando, una volta accertata la qualità irreprensibile di tale indagine medica, in particolare il giudice arriva alla convinzione che la stessa riflette lo stato di salute e la relativa capacità di lavoro dell'interessato. Può essere anche osservato che relativamente al parere di medici che non operano nell'ambito di un sistema assicurativo proprio (medici stranieri operanti all'estero), occorre usare prudenza nel valutare i loro rapporti e soprattutto quando fissano un grado d'invalidità (cfr. P. OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo, 1995, p. 296 e seg.). Peraltro, le condizioni cui il diritto italiano subordina il riconoscimento di prestazioni assicurative sono marcatamente dissimili da quelle previste dalla LAI.

10.3 Per il resto, l'assicurata soffre di una patologia ortopedica non limitante se non in misura minima. Infatti, dall'esame della funzionalità fisica/residua svolto dal Dott. Posa (doc. 54.6 e seg.) non risultano limitazioni tali da impedire alla ricorrente di svolgere un lavoro adeguato simile al precedente in misura dell'80% od ogni altro lavoro ancor più leggero. Infatti, per il sollevamento e/o il trasporto di carichi la capacità è ridotta solo per pesi oltre i 25 kg; per la manipolazione d'oggetti e attrezzi la capacità è ridotta solo con oggetti molto pesanti. Per le posizioni di lavoro o dinamiche particolari, la paziente presenta una capacità ridotta nella posizione seduta e piegata in avanti e nella posizione inginocchiata, come pure in una posizione seduta prolungata. L'abilità delle mani è intatta. Queste modeste limitazioni funzionali non rappresentano un impedimento di rilievo nell'ambito della precedente attività. La valutazione di questi impedimenti nella misura complessiva fra il 20 ed il 30% appare adeguata.

10.4 Ora, le considerazioni sopra svolte e la documentazione oggettiva ad atti permette a questo Tribunale di condividere il parere dei medici dell'Ufficio AI cantonale (Dott.ri Klauser, Posa, Uslenghi ed Erba). In effetti, non è contestato che A._____ soffra principalmente di una problematica psichica di discreta importanza e di una patologia ortopedica/articolare tutto sommato modesta, ma tale situazione le permetterebbe

ancora di svolgere sia la precedente attività di cucitrice prestando attenzione a misure di porto pesi, posture, ecc. sia altri lavori in misura del 70-80%.

11.

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.

11.2 Nella fattispecie, visto che l'interessata può riprendere almeno parzialmente la sua professione precedente di cucitrice, non è necessario procedere ad un raffronto dei redditi. Il reddito ipotetico che l'assicurata realizzerebbe senza invalidità corrisponde ad un tasso del 70%, 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 70% il suo precedente lavoro di cucitrice, come pure altre attività adeguate che tengano conto del suo stato di salute, la perdita di guadagno corrisponde all'incapacità di lavoro. L'interessata non può dunque avere diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

12.

12.1 In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

12.2 Le spese processuali, di 400 franchi, sono poste a carico della ricorrente e vengono compensate con l'anticipo già fornito.

12.3 Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili alla parte ricorrente soccombente.

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

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di 400 franchi, sono poste a carico della ricorrente e sono compensate con l'anticipo già fornito.

3.

Non sono assegnate indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. ; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (raccomandata)

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: