



---

Corte III  
C-4821/2010

## Sentenza dell'11 novembre 2011

---

Composizione

Francesco Parrino, giudice unico,  
Dario Croci Torti, cancelliere.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_, patrocinata dallo studio legale Barsi & Papadia,  
viale O. Quarta 16, IT-73100 Lecce,  
ricorrenti,

Contro

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

---

Oggetto

Assicurazione invalidità, decisione del 2 giugno 2010.

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_, cittadina italiana, nata \_\_\_\_\_, ha lavorato in Svizzera, essenzialmente come parrucchiera, dal 1986 al 2001, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), durante tale periodo (doc. 10). Dopo il rimpatrio, ha ancora lavorato a tempo parziale come operaia in una sartoria per 10 ore settimanali (doc. 47), dal settembre 2005 al dicembre 2006 (doc. 50). La nominata ha presentato il 21 giugno 2004 una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2), richiesta che è stata respinta con decisione 16 maggio 2007 (doc. 55) dell'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAI, ora Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, UAIE), per carenza d'invalidità di livello pensionabile. L'indagine medica relativa a questo caso aveva posto in evidenza che la richiedente era portatrice di un lieve deficit visivo in pregresso trauma all'occhio sinistro (recte: destro; 2001) con successivo intervento chirurgico, sindrome ansio-depressiva reattiva di grado lieve medio (perizia E 213 del 23 maggio 2006 dell'Istituto nazionale della previdenza sociale [INPS] di Casarano, doc. 44).

**B.**

In data 23 dicembre 2008, A.\_\_\_\_\_ ha formulato una seconda domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'AI (doc. 56, 59).

La richiedente è stata nuovamente visitata il 5 agosto 2009 presso l'INPS di Casarano, dove il sanitario incaricato ha rilevato la diagnosi di disturbo distimico ad incidenza funzionale moderata, lombalgia a lieve impegno funzionale, lieve ipovisus occhio destro (ben corretto da lenti) in esito a trauma ed ha posto un tasso d'invalidità del 40% (doc. 76). Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente:

- un questionario del datore di lavoro (ditta di confezioni di Ruffano) dal quale risulta che l'interessata è stata assunta il 26 settembre 2005 come sarta ed è stata licenziata (licenziamento collettivo) con effetto 21 dicembre 2006; tale attività ha potuto essere svolta al cento per cento (40 ore settimanali) fino ad aprile 2006 ma da maggio 2006 è stata abidita a compiti più leggeri (imbastire i pantaloni) con conseguente diminuzione di

stipendio; la dipendente è stata assente dal lavoro a diverse riprese (doc. 63, 69);

- un questionario per assicurati occupati nell'economia domestica nel quale la richiedente afferma di non essere più in grado di svolgere praticamente nessuno dei lavori di casa (doc. 67);

- un breve referto di visita psichiatrica del 5 aprile 2007 con prescrizione di medicinali ed un altro referto psichiatrico del 12 novembre 2008 (doc. 70, 72);

- un rapporto di ecografia cavi ascellari e mammaria del 4 settembre 2008 (doc. 71);

- un referto radiologico della colonna lombosacrale del 21 novembre 2008 (doc. 73);

- un rapporto d'esame psichiatrico su formulario INPS (Dott. Prof. Greco) del 6 febbraio 2009 attestante disturbo distimico con incidenza funzionale moderata (doc. 74);

- un rapporto d'esame ortopedico (Dott. Giaracuni) del 15 luglio 2009 (doc. 75);

### **C.**

Nel suo rapporto del 12 febbraio 2010, il Dott. Battaglia del Servizio medico regionale (SMR) "Rhône", per conto dell'UAIE, ha preso atto delle risultanze sanitarie di cui sopra e ha indicato che non vi è alcun aggravamento rispetto alla situazione vigente al momento della prima domanda di rendita (doc. 78).

Con progetto di decisione del 19 febbraio 2010, l'UAIE ha disposto la reiezione della domanda di rendita (doc. 79).

Con atto dell'8 marzo 2010, A.\_\_\_\_\_, rappresentata dal Patronato ENCAL di Patù, ha contestato tale progetto facendo valere di essere invalida ai sensi di legge. Produce, a suffragio di quanto asserito, un certificato di visita psichiatrica (Dott. Cesi) del 16 novembre 2009 attestante una grave sindrome distimico-ansiosa cronicizzata che non risponde alla terapia farmacologica in corso. Produce inoltre un referto d'esame neurologico/strumentale degli occhi del 16 febbraio 2009 (doc. 80-82).

L'incarto è stato risotto posto in esame al Dott. Battaglia, il quale, nella sua relazione del 20 maggio 2010 ha ammesso che l'interessata presenterebbe un tasso d'invalidità del 30% a partire dal 17 maggio 2006, senza specificare in quale settore (doc. 85).

Mediante decisione del 2 giugno 2010, l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni assicurative (doc. 86).

#### **D.**

Con il ricorso depositato il 30 giugno 2010, A.\_\_\_\_\_, rappresentata dallo studio legale Barsi & Papadia, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera AI, o, in via subordinata, una prestazione corrispondente ad un grado d'invalidità inferiore. Chiede l'allestimento di un accertamento medico-tecnico. Produce, a suffragio delle sue conclusioni, documentazione già ad atti o non più recente.

#### **E.**

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 2 novembre 2010, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, gli avvocati Barsi & Papadia, con scritto del 6 dicembre 2010, hanno ribadito l'intenzione della propria assistita di mantenere il gravame.

Con decisione incidentale del 16 dicembre 2010, il Tribunale amministrativo federale ha inviato la parte ricorrente a versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato regolarmente versato il 20 gennaio 2011 nella misura di Fr. 318,40.

### **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 al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

## **2.**

**2.1.** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> 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<sup>bis</sup> 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'insorgente ha versato l'anticipo corrispondente alle spese processuali, entro il termine stabilito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

## **3.**

**3.1.** Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le

rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

**3.2.** Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

**3.3.** L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

#### **4.**

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni. Tuttavia, secondo le norme transitorie sulla V 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, è possibile versare la rendita allo scadere del periodo attesa di un anno a condizione che la domanda di rendita sia presentata entro e non oltre il 31 dicembre 2008 (cfr. consid. 7.3).

#### **5.**

**5.1.** Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a

se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961, OAI, RS 831.201). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta. Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità reso verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata. In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 LPGA, art. 87 segg. OAI, cfr. DTF 109 V 108 e 130 V 64 e 71).

**5.2.** In concreto, l'UAIE ha emanato una prima decisione negativa il 16 maggio 2007 (doc. 55). In data 2 giugno 2010, l'amministrazione ha respinto una seconda domanda di rendita presentata dall'interessata il 23 dicembre 2008. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità può essere limitato dal 16 maggio 2007 al 2 giugno 2010, data dell'impugnata decisione.

## **6.**

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

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

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'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1<sup>ter</sup> 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.

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

**7.4.** 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 nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

## **8.**

**8.1.** L'assicurata non ha più svolto attività lucrativa dopo il 21 dicembre 2006 (doc. 63). La cessazione del lavoro è da imputare a motivi congiunturali (licenziamento collettivo). Va tuttavia osservato che da maggio 2006 era stata adibita a lavori leggeri per ragioni mediche.

**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. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

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

graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2).

**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.**

**9.1.** Dalla documentazione ad atti si evince che la richiedente è portatrice di disturbo distimico ad incidenza funzionale moderata, lombalgia a lieve impegno funzionale, lieve ipovisus in occhio destro (ben corretto da lenti) in esito a trauma nel 2001 (cfr. perizia medica particolareggiata, E 213, del 5 agosto 2009, doc. 76). Lo psichiatra Dott. Cesi, nel rapporto del 15 novembre 2009 (doc. 82, esibito in sede di audizione), rileva una grave sindrome depressivo-ansiosa cronicizzata. Non sono segnalate ulteriori patologie.

**9.2.** Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007). Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare.

Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

**10.**

**10.1.** Per quanto attiene alle conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità limitato al 40%, pur rilevando che l'interessata è in grado di svolgere un lavoro adeguato alle sue condizioni a tempo pieno anche in settori semipesanti (doc. 76, cifre 9 e 11). Dal canto suo, il Dott. Battaglia stima che la situazione non sarebbe mutata rispetto alla prima domanda.

**10.2.** A. \_\_\_\_\_ presenta uno status dopo vecchio trauma all'occhio destro privo di conseguenze invalidanti, il visus è infatti ben corretto da lenti. L'incidenza funzionale è dunque moderata, come del resto viene riferito dal medico dell'INPS. Non è contestato che la paziente presenti una lombalgia, ma tale affezione non costituisce una patologia di rilievo invalidante. L'apparato locomotorio appare funzionalmente in ordine: il rachide lombare è spinalgico e lievemente contratturato, ipomobile con movimenti antalgici solo ai gradi estremi; il segno di Lasègue è positivo a pochi gradi a destra, di meno a sinistra; vengono solo sconsigliate attività gravose per il rachide; la spalla destra è riferita dolente alla digitopressione ed alla massima mobilizzazione con riferita ipostenia; forza e tono muscolare dei movimenti sono in ordine, l'andatura è normale.

Per il resto, l'assicurata soffre di una distimia che di principio non giustifica un'incapacità di lavoro. In effetti, secondo la giurisprudenza, la diagnosi di distimia non è invalidante, a meno che sia associata a altri disturbi patologici, ciò che nel caso di specie fanno difetto (v. tra gli altri sentenza del Tribunale federale 8C\_481/2008 del 4 novembre 2008 consid. 3.2 con i rif.). Sebbene il Dott. Cesi nel rapporto del 16 novembre 2009 ritenga la patologia psichica grave, va osservato che, dal canto suo, il Dott. Greco, autore del rapporto psichiatrico del 6 febbraio 2009, rileva una turba di tipo distimico a scarsa incidenza funzionale. Il collegio giudicante non ha motivo di scostarsi da quest'ultima valutazione più completa per quanto riguarda i vari aspetti dell'indagine psichiatrica (anamnesi, esame obiettivo con aspetto generale, comportamento, affettività, percezione, contenuto del pensiero, umore, linguaggio, ideazione, processi del pensiero, capacità critica, ecc.).

**10.3.** Si deve pertanto ritenere che il parere del medico dell'UAIE è convincente, fondato sul corretto apprezzamento del caso concreto e sull'attento esame della documentazione medica ad atti. Si tratta infatti di osservazioni cliniche da cui si possono derivare utili, oggettivi e

persuasivi elementi di giudizio atti a dimostrare che, nonostante le affezioni di cui è portatrice, A. \_\_\_\_\_, entro la data della decisione in esame, sarebbe stata in grado di svolgere un'attività lucrativa in modo tale da escludere un'invalidità di rilievo ai fini della rendita. La situazione valetudinaria è peraltro sovrapponibile a quella presente al momento della prima domanda di rendita che era stata respinta il 16 maggio 2007.

## **11.**

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

Il ricorso, manifestamente infondato, può essere risolto da un giudice unico (art. 85<sup>bis</sup> cpv. 3 della legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti [LAVS, RS 831.10], al quale rinvia l'art. 69 cpv. 2 LAI).

**11.2.** A titolo di spese processuali si prelevano Fr. 300.-, che vengono compensate con l'anticipo versato dalla ricorrente il 20 gennaio 2011. Il saldo di Fr. 18.40 è restituito alla ricorrente.

**11.3.** Visto l'esito del ricorso, non si assegnano indennità per spese ripetibili alla parte 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 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Le spese processuali, di Fr. 300.-, sono poste a carico della ricorrente e sono compensate con l'anticipo già fornito. Il saldo di Fr. 18.40 è restituito alla ricorrente.

**3.**

Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif. ; raccomandata)
- Ufficio federale della assicurazioni sociali, Berna (raccomandata)

Il giudice unico:

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: