



Corte III
C-5086/2009
{T 0/2}

Sentenza del 7 giugno 2010

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio);
Elena Avenati-Carpani, Vito Valenti;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
rappresentata dal Patronato EPASA-CNA,
Unterer Graben 1, casella postale 524, 9001 S. Gallo,
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 del 23 giugno 2009)

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata nel 1965, ha lavorato in Svizzera (settore tessile) dal 1983 al 1998, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 5). Dopo il rimpatrio, dovuto a ragioni personali, non ha più ripreso un'attività lucrativa (doc. 35).

In data 28 settembre 2004, la nominata ha formulato una prima domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, la quale venne respinta con decisione (su opposizione) del 22 aprile 2006 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 esiti di isteroannessiectomia bilaterale per cisto-adenocarcinoma papillare, attacchi di panico in un quadro di disturbi ansio-depressivi (doc. 1-27).

B.

In data 13 marzo 2008, A._____ ha formulato una seconda domanda di prestazioni AI (doc. 31).

La richiedente è stata visitata il 16 maggio 2008 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Lecce, ove il medico incaricato ha evidenziato la diagnosi di *"iniziale sindrome del tunnel carpale a destra senza deficit funzionale, modesta sindrome fibromialgica, cistoadenocarcinoma ovaio destro trattato con chirurgia radicale in remissione clinica completa (2003: prognosi favorevole), disturbo distimico, voluminosa ernia iatale da scivolamento, gastrite in soggetto in buone condizioni generali, gozzo multinodulare"* ed ha posto un tasso d'invalidità del 50% (doc. 53). Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente:

- il verbale di riconoscimento dell'invalidità (75%) civile del 18 gennaio 2007 dell'apposita Commissione d'accertamento di Maglie (doc. 36);
- un rapporto d'esame elettromiografico (EMG) arti superiori dell'11 marzo 2004 (doc. 37), una relazione d'esame endoscopico del 13 giugno 2006 (doc. 38);

- un rapporto d'esame oncologico del 19 dicembre 2006 (doc. 39);
- i risultati di un esame istologico di striscio cupola vaginale (materiale non patologico) del 21 dicembre 2007 (doc. 40) ed i risultati di un'esofagoduodenoscopia del 29 febbraio 2008 (doc. 41);
- i risultati di una densitometria ossea del 17 marzo 2008 (doc. 42) ed un altro referto istologico (di mucose gastriche) del 4 marzo 2008 (doc. 44);
- un rapporto d'esame psichiatrico del 28 marzo 2008 (doc. 45) ed un altro più breve del 4 aprile successivo (doc. 46);
- i risultati di un'ecografia tiroidea (non patologica) del 6 maggio 2008 (doc. 47);
- un'EMG degli arti superiori del 4 giugno 2008 (doc. 48) con una relazione d'esame ortopedico del 16 giugno successivo (doc. 49);
- i risultati di una visita oncologica del 23 giugno 2008 (doc. 51) e di una visita ortopedica del 2 luglio 2008 (doc. 52);
- esami ematochimici del 22 settembre 2008 ed una nuova relazione d'esame oncologico del 26 settembre successivo (doc. 54, 56);
- un referto d'esame reumatologico del 23 ottobre 2008 (doc. 57) ed un certificato medico del Dott. B. _____ del 28 ottobre successivo (doc. 58).

Nel questionario per assicurati occupati nell'economia domestica, sottoscritto il 28 ottobre 2008 (doc. 34), l'assicurata ha affermato di essere in grado di svolgere solo una parte delle incombenze di casa.

C.

Nel rapporto del 2 febbraio 2009, il Dott. C. _____, sanitario del Servizio medico regionale "Rhône", dell'UAIE, ha ripreso la diagnosi sopra riferita ed ha indicato che la richiedente non presenterebbe alcuna invalidità nell'ambito domestico (doc. 61).

Un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative è stato inviato all'assicurata il 5 febbraio 2009 (doc. 62). La nominata, dopo aver preso visione dell'incarto, ha ribadito la sua

richiesta con scritto del 7 maggio 2009 del Patronato EPASA di San Gallo. A. _____ lamenta la scarsa motivazione del parere del Dott. C. _____ e il fatto che alcune patologie non sono state prese in considerazione. Produce un nuovo verbale di riconoscimento dell'invalidità civile del 30 gennaio 2009 attestante la nota diagnosi (doc. 67 e 68).

Ricevute le osservazioni, l'amministrazione ha risottoposto gli atti al Dott. C. _____, il quale, nella sua relazione del 12 giugno 2009, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 70).

Mediante decisione del 23 giugno 2009, l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni (doc. 71).

D.

Con il ricorso depositato l'11 agosto 2009, A. _____, sempre rappresentata dal Patronato EPASA, postula, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (rendita intera AI). L'insorgente ribadisce le critiche alla valutazione del servizio medico dell'UAIE e chiede l'allestimento di una nuova perizia medica. La parte ricorrente riferisce inoltre che, se non fosse diventata invalida, avrebbe continuato ad esercitare un'attività lucrativa. A suffragio di quanto asserito, produce attestati di iscrizione nelle liste disoccupati in cerca di lavoro.

E.

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha risottoposto gli atti al Dott. C. _____, il quale ha riesaminato il caso anche tenendo conto della capacità per l'assicurata di riprendere un'attività lucrativa, uguale o differente da quella svolta fino al 1998 (ramo tessile). Nella sua nota del 2 dicembre 2009, il Dott. C. _____ non ha ritenuto alcuna incapacità lavorativa (doc. 75).

Nelle osservazioni ricorsuali dell'11 dicembre 2009, l'UAIE propone la reiezione del gravame con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

F.

Dopo aver preso atto della risposta ricorsuale dell'amministrazione, e di altra documentazione di rilievo, il Patronato EPASA, con scritto del 26 gennaio 2010, ha ribadito l'intenzione della propria assistita di

mantenere il ricorso. Produce, a suffragio delle sue conclusioni, un certificato del 22 gennaio 2010 del Dott. D. _____; un breve rapporto di visita internistica del 15 gennaio 2010; una breve relazione d'esame oncologico del 23 settembre 2009, un referto tomografico assiale computerizzato della colonna in toto del 16 settembre 2009 ed altra documentazione già ad atti.

G.

La replica dell'insorgente, con la documentazione annessa, è stata inviata all'UAIE, il quale, con duplice del 15 febbraio 2010 ha osservato che la stessa non apporterebbe novità di rilievo. L'amministrazione ripropone dunque la reiezione del ricorso.

H.

Con decisione incidentale del 23 febbraio 2010, il Tribunale amministrativo federale ha invitato la parte ricorrente a versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Nel contempo ha inviato al Patronato EPASA, per conoscenza, la duplice dell'UAIE. L'anticipo richiesto è stato regolarmente versato il 18 marzo 2010.

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 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^{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). La ricorrente ha versato un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. 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.

4.1 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 (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

4.2 Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 23 giugno 2009, 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 130 V citata).

5.

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 tre anni. Pertanto, l'interessata 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.

6.

Qualora una prima o più richieste di rendita siano state negate 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 federale 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 (DTF 109 V 114 consid. 2a). 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 resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87 segg. OAI, *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

In concreto, l'UAIE ha emanato una prima decisione (su opposizione) negativa il 22 marzo 2006. Con decisione del 23 giugno 2009 ha in seguito respinto una seconda domanda di rendita presentata il 13 marzo 2008. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato dal 22 marzo 2006 al 23 giugno 2009.

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. 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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

7.3 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; c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGGA, 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 oggettivamente superabile.

7.5 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.

8.

8.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, 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; 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).

8.2 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. 28a cpv. 2 LAI). L'art. 27 OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità (metodo specifico).

8.3 Per quanto riguarda la scelta del metodo di valutazione dell'invalidità di una persona assicurata che non esercita più un'attività lucrativa si deve esaminare quale sarebbe stata l'attività esercitata se non fosse subentrata l'invalidità. In altre parole, lo statuto dell'assicurata viene determinato valutando se la stessa da sana, quindi se non fosse subentrato il danno alla salute, avrebbe consacrato l'essenziale del suo lavoro all'economia domestica o ad un'occupazione remunerata e questo tenendo conto dell'evoluzione della situazione fino all'emanazione della decisione impugnata. L'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa va ammessa ove tale

eventualità si presenti alla luce della situazione personale, familiare, sociale ed economica con un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b).

8.4 Nella specie dev'essere rilevato che l'interessata ha cessato di lavorare nella metà del 1998, causa dimissioni, quando è rientrata in Italia. Da allora ha cercato di ritrovare un lavoro nel proprio Paese. Questo scaturisce, per esempio, dall'immediata sua iscrizione negli elenchi delle persone alla ricerca di un'attività lucrativa, come pure dall'attestato dell'Ufficio per l'impiego di Maglie (doc. F del ricorso), dall'attestato (doc. E del ricorso) del 1° luglio 2009 dello stesso servizio e dall'iscrizione alla domanda di prestazioni di disoccupazione del 14 luglio 1998 (doc. C del ricorso). Ciò è deducibile anche dalle stesse argomentazioni dell'insorgente, in quanto al momento del rimpatrio, l'interessata non era più astretta ad obblighi familiari, i due figli essendo ormai cresciuti.

Ne consegue che l'amministrazione, a torto, ha ritenuto il metodo di valutazione specifico delle persone senza attività lucrativa, mentre il caso in esame avrebbe dovuto essere esaminato con il metodo generale. Questa eventualità è comunque stata presa in considerazione dall'UAIE (doc. 74 e 75) in sede ricorsuale, dal momento che l'insorgente ha fatto valere tale circostanza. Infatti, il Dott. C._____ si è espresso anche nell'ambito del metodo generale.

9.

Nel caso in esame, in sede d'istruttoria, è stata sostanzialmente evidenziata la diagnosi di modesta sindrome fibromialgica, esiti di intervento chirurgico per cistoadenocarcinoma ovaio destro nel 2003 in completa remissione, gozzo multinodulare non sottoposto a terapia, iniziale sindrome del tunnel carpale priva di deficit funzionale, vistosa ernia iatale da scivolamento, distimica, buone condizioni generali di salute (cfr. perizia medica particolareggiata, E 213, del 16 maggio 2008, doc. 53). La documentazione medica esibita in sede di audizione, di ricorso o di replica, non pone in evidenza ulteriori patologie di rilievo.

10.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 50% pur annotando che l'interessata sarebbe in grado di svolgere un'attività adeguata alle sue condizioni. Dal canto suo, il Dott. C._____, dell'UAIE, nel suo primo rapporto (2 febbraio 2009, doc. 61), indica che la richiedente potrebbe svolgere le sue incombenze domestiche (commento confermato il 12 giugno 2009 in sede di audizione, doc. 70); nel rapporto redatto in sede ricorsuale egli sostiene che l'interessata sarebbe da considerarsi abile al 100% anche nel suo precedente lavoro di operaia addetta al controllo della merce in una ditta tessile (doc. 75, relazione del 2 dicembre 2009).

10.2 Ora, è ben vero che A._____ si è completamente rimessa da un importante intervento chirurgico di laparoisterectomia totale con annessiectomia bilaterale (2003). Di questo male non si sono verificate né metastasi né recidive. Ha quindi ragione il medico dell'INPS nel ritenere una remissione completa. Dal punto di vista oncologico la paziente deve essere considerata del tutto guarita, e non vi sono conseguenze sul piano lavorativo. I numerosi referti di visita oncologica hanno confermato tale stato di fatto, come pure la certificazione medica esibita con la replica.

Le patologie restanti sono leggere e non invalidanti, come del resto viene confermato dal medico dell'INPS. Segni di una sindrome del tunnel carpale a destra non giustificano il riconoscimento di un'invalidità di rilievo, dal momento che questo disturbo, peraltro appena rilevabile, è del tutto emendabile mediante un piccolo e breve intervento ambulatoriale al polso.

La sindrome distimica è caratterizzata da lievi alterazioni dell'affettività, deficit di concentrazione e stato leggermente ansioso (cfr. referto di visita psichiatrica del 4 aprile 2008, doc. 46). La paziente è curata con normali ansiolitici ed antidepressivi non precisati. La patologia in atto è ben lungi dall'essere invalidante.

Un esame particolare merita la patologia ortopedico/reumatologica. Viene infatti ricordata una modesta sindrome fibromialgica. Questa patologia è caratterizzata da dolore muscolare cronico diffuso associato, a volte, a rigidità. In generale possiede delle comorbidità complesse e si constata, quasi sempre, per un'assenza di indici di infiammazione o evidenti riscontri oggettivi strumentali.

In materia di prova, è ben chiaro di come sia difficile ammettere l'esistenza dei dolori denunciati dal paziente sulla base di semplici affermazioni di tipo soggettivo. L'esistenza di un'invalidità di rilievo non può essere data in questi casi. Questi denunciati dolori devono essere confermati attraverso delle conclusioni mediche chiare. Dunque, nel quadro di esame del diritto a prestazioni (o in caso di revisione) le manifestazioni soggettive di dolori devono essere confermate da osservazioni mediche concludenti, a difetto di ciò un apprezzamento di questo diritto a prestazioni non può essere garantito in modo conforme al principio di parità di trattamento fra gli assicurati.

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 e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'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 conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") 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 130 V 352 consid. 2.2.2).

Nella specie, come si è visto, l'assicurata non presenta una comorbidità psichiatrica (grave e invalidante) o di altro tipo. Il problema della fibromialgia deve dunque essere riposto nei disturbi soggettivi non confermati da prove e/o comorbidità di rilievo. Parimenti, altre dolenzie ortopediche sono del tutto banali, ossia problemi artrosici da imputare, più che altro, all'età. Infatti, l'esame clinico-ortopedico è, a parte qualche spinalgia pressoria ed ipomobilità lieve di alcuni movimenti, del tutto normale; l'esame neurologico lo è pure.

Per il resto, l'interessata, anche secondo il medico dell'INPS, si presenta in buone condizioni generali di salute, ogni altro organo ed apparato essendo indenni da patologie.

10.3 Il collegio giudicante, sulla scorta del parere del Dott. C._____ e dopo analisi della documentazione oggettiva ad atti, può, in linea di

massima, condividere il parere espresso dall'amministrazione. Altri esami medici, richiesti dalla parte ricorrente, non risultano essere necessari. Le patologie in atto non sono gravi e, per quelle riscontrate, tutte sorrette da documentazione oggettiva e/o referti specialistici, non si rendono necessari ulteriori esami. Le condizioni valetudinarie dell'insorgente sono stabili e nulla è emerso, in sede di ricorso, che possa porre in dubbio tale stato di fatto. L'interessata potrebbe svolgere il suo precedente lavoro di operaia addetta al controllo di produzione in un'industria tessile in misura completa o, in ogni caso, in misura superiore al 60%. Parimenti, la stessa potrebbe attendere alle sue usuali faccende domestiche in misura completa o, in ogni caso, superiore al 60%.

10.4 Vero è che la ricerca di un posto di lavoro adatto alle capacità dell'interessata appare difficoltosa, vista la sua età e la situazione congiunturale; tuttavia, se il mercato del lavoro locale non le offre di sfruttare la sua residua capacità lavorativa e di guadagno, non può essere compito dell'assicurazione svizzera per l'invalidità di sopperire con il versamento di prestazioni assicurative a quello che sarebbe dovuto, semmai, dall'assicurazione italiana contro la disoccupazione. Secondo una costante giurisprudenza, la persona che richiede prestazioni d'invalidità deve intraprendere tutto quanto sia da lei esigibile per ovviare alle conseguenze della sua incapacità, mettendo soprattutto a profitto le superstiti energie lavorative e cambiando, se del caso, anche il lavoro e il domicilio (DTF 123 V 88 consid. 4c, 113 V 28 consid. 4).

In tali circostanze, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

11.

11.1 Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono poste a carico della ricorrente e vengono compensate con l'anticipo versato il 18 marzo 2010.

11.2 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. Esse sono computate con l'anticipo spese di Fr. 300.-.

3.

Non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. AI IT/xxx.xxxx.xxxx.xx IR)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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: