

BVGer C-504/2012 vom 6. November 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-11-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-504_2012

FR: TAF C-504/2012 du 6 novembre 2012

IT: TAF C-504/2012 del 6 novembre 2012

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

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 possono essere portate innanzi a questo Tribunale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

E. 1.2

Giusta l'art. 40 cpv. 1 lett. b dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201; nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2011), per la ricezione e l'esame delle richieste è competente l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero, fatto salvo il cpv. 2 se gli assicurati sono domiciliati all'estero. Il cpv. 2 di tale norma stabilisce che per la ricezione e l'esame delle richieste dei frontalieri è competente l'Ufficio AI nel cui campo d'attività essi esercitano un'attività lucrativa; questa regola si applica anche ai vecchi frontalieri, a condizione che al momento della richiesta il loro domicilio abituale si trovi ancora nella zona di frontiera ed il danno alla salute risalga all'epoca della loro attività frontiera. L'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero notifica le decisioni. Nella specie, l'interessata, frontiera, risiede nella zona di confine, L'Ufficio AI del Cantone Ticino è competente per esaminare sul merito la richiesta di prestazioni. L'UAIE è competente per notificare le decisioni.

E. 2.1

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

E. 2.2

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

E. 2.3

Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'interessata ha versato l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali, entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 3.1

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea. Di conseguenza, è applicabile, nella specie, l'accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte e la Comunità europea ed i suoi Stati membri dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681).

E. 3.2

L'allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base al quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento) ed il regolamento (CEE) n° 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del regolamento (CEE) n° 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

E. 3.3

Secondo l'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'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 i 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 d'invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 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 (5a 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).

E. 5

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 12 dicembre 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).

E. 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.

E. 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.

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 7.5

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

E. 8.1

L'assicurata, sin dal 2007, era alle dipendenze di un Caffè/ristorante di Chiasso. Dapprima al 50%, poi, da aprile 2009, per ragioni di salute, per 10 ore la settimana (25%).

E. 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).

E. 8.3

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 LPGGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28a cpv. 2 LAI). Se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale (art. 28a cpv. 3 LAI) o collabora gratuitamente all'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'art. 16 LPGGA; se svolge anche mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il cpv. 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti (metodo misto). 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). Inoltre, quando si possa presumere che gli assicurati che esercitano solo

parzialmente un'attività lucrativa o lavorano gratuitamente nell'azienda del coniuge, senza soffrire di un danno alla salute, eserciterebbero al momento dell'esame del loro diritto alla rendita un'attività lucrativa a tempo pieno, l'invalidità è valutata esclusivamente secondo i principi validi per le persone esercitanti un'attività lucrativa (art. 27bis OAI).

E. 8.4

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).

E. 8.5

Nelle specie, si constata che l'Ufficio AI ha dapprima esaminato il caso sotto il profilo di una persona che esercita in modo parziale un'attività lucrativa, intendendo così applicare il metodo misto di valutazione. Alle luce tuttavia delle valutazioni del SAM (che si sono fondati sul presupposto che l'assicurata intendesse riprendere un'attività lucrativa a tempo pieno) e delle censure formulate dalla ricorrente, l'autorità inferiore è ritornata su questa valutazione in sede di risposta al ricorso e ha applicato il metodo generale, ossia di persona che teoricamente esercita, o vorrebbe esercitare, un'attività a tempo pieno (cfr. risposta dell'Ufficio AI cantonale del 6 marzo 2012, pag. 2 terzo paragrafo). Ciò collima quindi con quanto chiesto dalla ricorrente (cfr. punto 5 in fine del ricorso).

E. 9.1

Nelle specie, in base alla relazione del SAM del 7 ottobre 2011 (doc. 65), l'assicurata soffre di un'uretricitis idiopatica da infetti urinari recidivanti con sindrome uretrale e, molto secondariamente, di uno stato dopo tonsillectomia, appendicectomia e parto cesareo. La documentazione di parte esibita dall'interessata (Dott.ri Binda, Rovera ed altri) non evidenzia altre patologie.

E. 9.2

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il SAM rileva che la paziente sarebbe in grado di svolgere l'attuale attività in misura dell'80% (cfr. perizia punto 8). Al proposito, va rilevato che una perizia richiesta dall'UAI 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, è lecito far allestire una perizia giudiziaria indipendente e conclusiva (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 9.3.1

Dal rapporto SAM si evince che l'invalidità parziale della ricorrente è data, praticamente, per i soli motivi attinenti al dolore nella zona pubica. Secondo le risultanze del SAM, non vi sono tuttavia conseguenze invalidanti, né per motivi psichiatrici, né per ragioni neurologiche. L'esame clinico eseguito in questi due ambiti dai Dott.ri Sorgesa e Bernasconi è del tutto normale. Peraltro, la parte ricorrente non pretende di ascrivere i suoi problemi di salute ad una di queste due specializzazioni. Per il collegio giudicante non vi è motivo per discostarsi da questa valutazione.

E. 9.3.2

Diversa è invece la situazione sul piano urologico/ginecologico. La paziente soffre da diversi anni di dolori provocati da cistiti recidivanti. Le infezioni si susseguivano a ritmo costante. I redattori della perizia conclusiva SAM datata 7 ottobre 2011 ammettono che l'assicurata avrebbe potuto riprendere un'attività all'80%. Come rileva il Dott. Wyss, ginecologo del SAM, non sono tanto gli infetti urinari a limitare la capacità di lavoro della paziente, quanto piuttosto il dolore pelvico. Il caso in esame non necessita di ulteriori accertamenti specialistici. In altre parole, ci si trova innanzi a una malattia verosimilmente causata da frequenti cistiti, il cui dolore residuo non è del tutto spiegabile oggettivamente. Il problema risiede dunque nel dolore, fenomeno che la paziente riesce a ridurre soprattutto grazie ad un determinato medicamento. Oltretutto, il Dott. Wyss rileva che la diminuzione della capacità di lavoro non è causata dal lavoro in più o in meno e si chiede quale è la differenza fra lavorare 4 od 8 ore: i dolori sono comunque gli stessi anche se non lavora. La stessa perizianda afferma che il dolore è presente anche quando non lavora: lo stesso non viene causato direttamente dal lavoro come lo potrebbe essere un dolore ortopedico o cardiaco. Queste considerazioni del Dott. Wyss sono determinanti per risolvere la presente vertenza, sebbene occorra rilevare la circostanza che lo stesso medico si è rifiutato di rispondere alle domande complementari sottoposte dalla direzione del SAM. In effetti, il Dott. Wyss rileva che la paziente era valida almeno al 50% - l'assicurata lavorava all'epoca solo al 50% - ma non si è pronunciato sull'esigibilità di un'attività a un grado superiore e non lo ha neppure escluso.

E. 9.3.3

Visto quanto precede, la valutazione dei medici del SAM è da condividere. In proposito va rilevato che di regola una valutazione globale della capacità di lavoro residua, svolta nell'ambito di una perizia multidisciplinare, deve essere preferita alla valutazione espressa da un singolo specialista (cfr. sentenza del Tribunale federale I 87/04 del 13 luglio 2004 consid. 3). Il collegio giudicante non vede pertanto la necessità di procedere ad un ulteriore

esame specialistico, malgrado il rifiuto del Dott. Wyss di rispondere alle domande complementari. Dalla relazione dell'esperto si poteva comunque capire che la perizianda era in buone condizioni generali di salute, con buone risorse psichiche e capacità adattive e che non dava l'impressione di essere molto sofferente. Peraltro l'indagine psichiatrica non aveva posto in evidenza turbe di rilievo o lati patologici degni di noto e/o compromettenti la capacità di lavoro e di adattamento dell'interessata. I medici relatori del SAM, traggono logicamente le seguenti conclusioni alle quali questo collegio giudicante può affidabilmente aderire: "la paziente presenta un dolore pelvico (...) che malgrado indagini a diversi livelli non ha portato all'evidenza di una patologia organica correlata; come osservato al punto 6 non possiamo concordare con la perizia del Dott. Wyss che peraltro non si esprime sull'incapacità lavorativa, ma dice che la paziente è abile almeno al 50% basandosi unicamente sui dati anamnestici; descrive la riduzione della capacità lavorativa dovuta ad effetti collaterali del tramadolo che peraltro è assunto in dosi quotidiane medie, ma descrive poi la perizianda vigorosa, esaustiva e precisa. Di fatto questa definizione sconfessa la presenza di stanchezza e nausea che impedirebbero alla perizianda di lavorare più di 4 ore (...). Dal lato prettamente neurologico e psichiatrico non vi è una diminuzione della capacità lavorativa. Pertanto riteniamo che gli argomenti del Dr. Med. Wyss non permettano di riconoscere un grado d'incapacità lavorativa superiore al 20% nelle attività finora svolte di cameriera e capo sala. Infatti, l'assenza di reperti oggettivabili e in presenza di un trattamento lege artis, possiamo per la problematica dolorosa e gli effetti medicamentosi riconoscere un'abilità lavorativa dell'80%."

E. 9.4

Dal canto loro, i Dott.ri Binda e Rovera, autori di certificazione medica esibita in varie fasi della procedura, non apportano novità dal punto di vista diagnostico, ma si limitano ad osservare che, in sostanza, l'esigibilità massima di lavoro (attuale) a carico della paziente è del 50%. I periti di parte non descrivono, oggettivamente, un quadro limitante più severo di quello rilevato dai medici del SAM. Si tratta dunque di un giudizio diverso sulla base di uno stato di fatto uguale. Dottrina e giurisprudenza raccomandano grande prudenza nel basarsi su certificazioni redatte da medici stranieri, siccome, da un lato, un apprezzamento espresso con cognizione di causa presuppone, evidentemente, una buona conoscenza del diritto svizzero delle assicurazioni sociali e, dall'altro, le basi di valutazione all'estero sono spesso diverse da quelle conosciute in Svizzera (cfr. P. Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, p. 296 e seg.). Si deve, quindi, ammettere che al rapporto stilato dai medici menzionati non può venire riconosciuto il necessario valore probante richiesto per vagliare la lite soprattutto per quanto riguarda la fissazione del grado di inabilità lavorativa (cfr. DTF 122 V 160 consid. 1c e riferimenti menzionati).

E. 9.5

Il collegio giudicante, sulla scorta del parere del servizio medico SAM, ritiene pertanto che A. _____, per tutto il periodo da esaminare, a parte periodi non lunghi e non determinanti di riacutizzazione della sintomatologia dolorosa, avrebbe più potuto svolgere la sua attività di cameriera/capo-sala, dal punto di vista medico-teorico in modo completo. Questa valutazione può essere anche intesa come una presenza sul luogo di lavoro al cento per cento, ma con un rendimento ridotto del 20%. Giova rilevare che allorquando, come nel caso di specie, la ricorrente presenta ancora una residua capacità lavorativa dell'80% nella sua precedente attività, il grado d'invalidità corrisponde all'incapacità lavorativa

("Prozent-Vergleich"). In tale caso, la determinazione del grado d'invalidità non presuppone né la presa in considerazione dell'età del ricorrente né del mercato equilibrato del lavoro né un raffronto dei redditi ipotetici (cfr. sentenze del Tribunale federale 9C_612/2007 del 14 luglio 2008 e 9C_947/2008 del 29 maggio 2009). Può essere inoltre osservato che in attività più consone, la ricorrente potrebbe lavorare al cento per cento. In questi lavori, la perdita di guadagno, secondo il calcolo effettuato dall'Ufficio AI cantonale, sarebbe nulla (doc. 68.1). In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

E. 10.1

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

E. 10.2

Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili. Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 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]).

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