



Corte III
C-113/2009

Sentenza del 6 settembre 2011

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Stefan Mesmer e Franziska Schneider,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avvocato Luigi Potenza,
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 per l'invalidità (decisione del 19 novembre
2008).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il (...), ha lavorato in Svizzera dal maggio del 1981 al novembre 2006 (doc. 10 n. 1.4), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 30). Dal 1° maggio del 1984 al 31 ottobre del 2006 è stata alle dipendenze della B._____ in qualità di cucitrice, in ragione di 42 ore alla settimana (nel novembre del 2006 è stata ancora impiegata come aiuto temporaneo [doc. 10]). Successivamente, è rientrata in Italia dove si è dedicata ai lavori della propria economia domestica (doc. 7). Il 20 dicembre 2007, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

B.

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- documenti medici di data intercorrente da settembre 2007 a gennaio 2008 (doc. 11 a 15);
- la perizia medica particolareggiata E 213 del 18 marzo 2008, da cui emerge la diagnosi di lombalgia da ernia del disco L4-L5 ed L5-S1, spondilosi cervicale, emicrania; le condizioni di salute dell'interessata sono state definite come peggiorate, ma la stessa è stata ritenuta in grado di svolgere regolarmente lavori semipesanti nonché, e a tempo pieno, sia il suo ultimo lavoro sia un lavoro adeguato alle sue condizioni. È stato segnalato che l'interessata è considerata invalida al 40%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, nella precedente attività (doc. 16);
- un certificato medico del 7 luglio 2008, secondo cui l'interessata è affetta segnatamente da insufficienza venosa agli arti inferiori, parestesie arti inferiori e cardiopatia ipertensiva (doc. 17);
- un referto di visita cardiaca del 9 luglio 2008, in cui è posta la diagnosi di ipertensione arteriosa (doc. 18);
- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica dell'11 luglio 2008 (doc. 7);

- il questionario per l'assicurato dell'11 luglio 2008 (doc. 8);
- il questionario per il datore di lavoro del 19 agosto 2008 (doc. 10).

C.

Nel rapporto del 12 settembre 2008, il dott. C._____, medico dell'UAIE, ha considerato le lombalgie croniche con ernie discali senza conflitto radicolare, la spondilosi cervicale e le emicranie siccome senza ripercussioni sulla capacità al lavoro. Il medico ha quindi ritenuto che l'interessata presenta una capacità lavorativa intatta, dunque del 100% (doc. 20).

D.

Il 19 settembre 2008, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'interessata che la domanda di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessata la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto (doc. 21).

E.

Con atto datato 25 giugno 2008 (ma ricevuto dall'autorità inferiore il 3 novembre 2008), l'interessata ha segnalato che le patologie di cui è affetta comportano una completa incapacità al lavoro (doc. 24). Ha esibito un certificato ortopedico del 31 luglio 2007, un referto di visita cardiaca del 9 luglio 2008 (già agli atti) ed un certificato medico del 10 ottobre 2008 (doc. 22 e 23).

F.

Nel rapporto dell'8 novembre 2008, il dott. C._____ ha segnalato che il certificato medico del 10 ottobre 2008 enumera delle diagnosi senza descrivere le conseguenze che le affezioni descritte avrebbero sulla capacità lavorativa della paziente. Neppure il rapporto manoscritto del 31 luglio 2007 contempla un nuovo elemento oggettivo concernente l'incapacità lavorativa. Resterebbe la cardiopatia ipertensiva che è causa di una leggera ipertrofia non invalidante. Il dott. C._____ ha quindi confermato la sua precedente valutazione (doc. 26).

G.

Il 19 novembre 2008, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che

l'interessata non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi di legge. In particolare, ha precisato che dagli atti di causa risulta che malgrado il danno alla salute l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 27).

H.

Il 24 dicembre 2008, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 19 novembre 2008 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere da dicembre del 2007 (data della richiesta volta all'ottenimento di una rendita). Si è doluta di un'insufficiente motivazione della decisione impugnata – in ordine al parametro adottato per determinare la riduzione della capacità di guadagno rispettivamente la percentuale di riduzione ritenuta – che non le ha consentito di esercitare compiutamente il suo diritto di difesa. Ha ribadito che le patologie di cui soffre (segnatamente cervico-dorso-lombartrosi, insufficienza venosa arti inferiori, cefalee ricorrenti, parestesie arti inferiori, cardiopatia ipertensiva) comportano delle notevoli limitazioni alla sua capacità lavorativa. Ha esibito un rapporto di visita neurologica del 12 novembre 2008 (doc. TAF 1).

I.

Il 23 febbraio 2009, l'autorità inferiore ha comunicato di rinunciare ad introdurre la risposta al ricorso (doc. TAF 4). Successivamente, questo Tribunale ha trasmesso alla ricorrente lo scritto dell'autorità inferiore del 23 febbraio 2009, unitamente a copia degli atti dell'autorità inferiore, assegnandole un termine con facoltà di presentare delle osservazioni qualora lo ritenesse opportuno (doc. TAF 5). Il termine è scaduto infruttuoso.

Diritto:

1.

1.1. Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2. Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

1.3. 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 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

1.4. Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1. Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo 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), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il 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). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

2.2. Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della

Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. 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.

2.3. 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.

2.4. Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1. Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2. Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 5a revisione della LAI (cf. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). Peraltro, e per l'esame del diritto eventuale a una rendita, l'applicazione delle nuove norme della 5a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio al 16 dicembre 2008 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito

delle questioni sottoposte nel caso concreto all'esame di questo Tribunale (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_942/2009 del 15 marzo 2010 consid. 3.1; cfr. pure sentenza del Tribunale amministrativo federale C-1324/2009 del 7 febbraio 2011 consid. 3.2). Pertanto, e salvo indicazione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2007.

3.3. La ricorrente, come già menzionato, ha presentato la richiesta di rendita il 20 dicembre 2007. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 20 dicembre 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 19 novembre 2008, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

4.

Nel gravame la ricorrente rimprovera all'autorità inferiore di non avere sufficientemente motivato la decisione impugnata. La censura non appare del tutto priva di fondamento ove solo si rilevi che né nel progetto di decisione del 19 settembre 2008 né nella decisione del 19 novembre 2008 l'UAIE ha spiegato in modo sufficientemente preciso perché, malgrado il danno alla salute, l'esercizio di un'attività lavorativa è sempre esigibile in maniera sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. Dagli atti di causa non risulta altresì che l'autorità inferiore abbia trasmesso alla ricorrente le prese di posizione del 12 settembre ed 8 novembre 2008 del servizio medico dell'UAIE (doc. 20 e 26). Al riguardo può essere osservato che non appare ipotizzabile di potere ricorrere con criteri adeguati senza avere almeno conoscenza del contenuto essenziale dei menzionati documenti. A ciò si aggiunga che l'UAIE, rinunciando nel caso di specie a presentare una risposta al ricorso, non ha avviato neppure in procedura ricorsuale alla lacuna informativa della ricorrente concernente i documenti di cui trattasi. Sennonché, la ricorrente, rappresentata da mandatario professionale, ha ottenuto da questo Tribunale in sede ricorsuale di potere prendere visione dell'incarto di causa dell'autorità inferiore (doc. TAF 5 e 6). Peraltro, alla ricorrente è stata concessa la

facoltà – sempre in sede di ricorso e dinanzi ad un'autorità, il Tribunale amministrativo federale, che gode di piena cognizione – di pronunciarsi sul caso in esame dopo avere preso visione dell'integralità degli atti di causa, segnatamente dei rapporti del servizio medico dell'UAIE di settembre e novembre 2008, facoltà di cui l'insorgente non ha però fatto uso, con la conseguenza che la violazione del diritto di essere sentito della ricorrente deve considerarsi siccome sanata in questa sede. In effetti, conto tenuto dell'insieme delle menzionate circostanze, un annullamento della decisione impugnata e un rinvio degli atti di causa all'amministrazione per carente motivazione della decisione litigiosa costituirebbe in ogni caso una vana formalità, la ricorrente avendo rinunciato a presentare delle osservazioni dopo avere potuto prendere visione dell'integralità dell'incarto in sede di ricorso, integralità dell'incarto che consente senza ombra di dubbio di comprendere sufficientemente le ragioni che hanno spinto l'autorità inferiore a rendere la decisione litigiosa.

5.

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

- essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante un anno intero, rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

La ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 25 anni (doc. 30) e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

6.

6.1. L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, è considerata incapacità al guadagno la 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. 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).

6.2. Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

6.3. Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

6.4. Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c*).

7.

7.1. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGa è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGa, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 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; metodo generale del raffronto dei redditi).

7.2. L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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.

7.3. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

7.4. Peraltro, e secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione

(sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

8.

8.1. Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGa), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

8.2. Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

8.3. In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

9.

9.1. Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova

non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

9.2. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

9.3. Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

10.

10.1. In materia d'assicurazioni sociali, il giudice fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza poter essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante. Non è pertanto sufficiente che un fatto possa essere considerato come un'ipotesi possibile (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti).

10.2. Al fine di determinare lo statuto della ricorrente, si deve segnatamente esaminare se la stessa, da sana, avrebbe consacrato l'essenziale della sua attività all'economia domestica o a un'occupazione lucrativa, questo alla luce della sua situazione personale, familiare, sociale e finanziaria (cfr. sentenza del Tribunale federale I 382/04 del 18 ottobre 2005 e DTF 117 V 195).

10.3. Nel caso di specie, l'UAIE ha ritenuto che da sana la ricorrente avrebbe consacrato la sua attività ad un'occupazione lucrativa a tempo pieno. L'insorgente non ha contestato in sede di ricorso questo accertamento dei fatti. Non sussiste altresì alcun motivo per un intervento d'ufficio da parte di questo Tribunale. Dalle carte processuali emerge in effetti che, nel novembre del 2006, la ricorrente ha interrotto l'attività

lucrativa per motivi di salute (doc. 8). L'insorgente ha peraltro essa stessa indicato nel gravame del 24 dicembre 2008 che "si è ritirata dal lavoro per motivi di salute" (doc. TAF 1).

11.

11.1. Dalla documentazione medica agli atti appare che la ricorrente soffre segnatamente di lombalgia da ernia del disco L4-L5 ed L5-S1, spondilosi cervicale, emicrania, cardiopatia ipertensiva e lieve ipertrofia ventricolare (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 18 marzo 2008 [doc. 16] e presa di posizione del servizio medico dell'UAIE dell'8 novembre 2008 [doc. 26]).

11.2. Si tratta di affezioni di carattere 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 di almeno il 40% durante un anno.

12.

12.1. Occorre quindi determinare se la ricorrente ha subito nel periodo determinante (cfr. consid. 3.3 del presente giudizio), e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI.

12.2. L'UAIE ha respinto la domanda di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità fondandosi sulla valutazione del dott. C._____, medico dell'UAIE. Nei rapporti del 12 settembre ed 8 novembre 2008 (doc. 20 e 26), il dott. C._____ ha in particolare rilevato, sulla base della documentazione medica agli atti, che la ricorrente soffre di cervicalgia e lombalgia con limitazione della mobilità della colonna vertebrale e presenza di ernie discali, senza conflitto radicolare. Ha inoltre constatato che la medesima è affetta da cardiopatia ipertensiva e da lieve ipertrofia ventricolare. Tali disturbi non hanno comunque alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa. Il dott. C._____ ha quindi concluso che l'insorgente presenta una completa capacità al lavoro, dunque del 100%.

12.3. Questo Tribunale non ha motivo di scostarsi dal suddetto apprezzamento, ritenuto come lo stesso trovi fondamento anche nella perizia medica particolareggiata E 213 del 18 marzo 2008 (doc. 16). In effetti, il medico incaricato dell'esame ha indicato che l'insorgente è in grado di svolgere, e a tempo pieno, sia il suo ultimo lavoro sia un lavoro sostitutivo adeguato alle sue condizioni (doc. 16 pag. 9 n. 11.4 a 11.6). Nella perizia E 213 è stata certo evidenziata un'invalidità del 40%, nella precedente attività, ritenuta in Italia conformemente alle disposizioni di legge di detto Paese. Sennonché, a tale riguardo giova rammentare che la valutazione di un'autorità straniera con riferimento all'incapacità lavorativa di un assicurato non vincola di principio le autorità svizzere nell'apprezzamento del caso secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2 nonché consid. 2.4 del presente giudizio) e che il medico stesso dell'INSP si è distanziato da quanto ritenuto dalle autorità italiane sull'incapacità lavorativa.

12.4. La ricorrente ha fatto valere, in sede di ricorso, di avere sicuramente diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Sennonché, agli atti di causa non figura alcun documento medico di data anteriore alla decisione impugnata che concluda ad un'incapacità dell'insorgente uguale o superiore al 40% nella sua precedente attività suscettibile di giustificare la concessione di una rendita d'invalidità svizzera. In particolare, nei certificati medici del 7 luglio e del 10 ottobre 2008 è invero indicato che la ricorrente è affetta, fra l'altro, da un'insufficienza venosa e da parestesie agli arti inferiori. Sennonché, e a prescindere dalle qualifiche dei medici che hanno redatto detti rapporti, in essi non è fatto riferimento all'incidenza delle citate patologie sulla capacità lavorativa della ricorrente e un'incapacità lavorativa significativa dal profilo dell'erogazione di una rendita d'invalidità svizzera non appare neppure supportata da sufficienti esami clinici obiettivi (v. pure presa di posizione del dott. C. _____), non senza dimenticare che il referto di visita cardiaca del luglio 2008 (doc. 18) fa certo stato di ipertensione arteriosa, ma di un buon controllo dei valori pressori nonché di toni ritmici normofrequenti e ritmo sinusale nei limiti della norma. Per quanto attiene, al referto di visita neurologica del 12 novembre 2008 (doc. TAF 1), lo stesso si limita a riferire la già nota e precedentemente diagnosticata cefalea. In conclusione, l'insorgente non ha presentato argomenti o mezzi di prova suscettibili di far sorgere dei dubbi sulla valutazione del dott. C. _____, fondata a sua volta sulla perizia medica particolareggiata E 213 del marzo 2008.

13.

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

14.

14.1. In considerazione segnatamente di quanto ritenuto al considerando 4 del presente giudizio, si rinuncia del tutto eccezionalmente alla riscossione di spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA in combinazione con l'art. 6 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]).

14.2. Nonostante la soccombenza, alla ricorrente, assistita in questa sede da un mandatario professionale, e sempre per i motivi indicati al considerando 4 del presente giudizio, spetta tuttavia un'indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Il Tribunale federale ha infatti già ammesso che nonostante gli art. 7 e segg. TS-TAF non prevedano di principio delle ripetibili a carico della parte vincente, il giudice può non di meno mettere determinate spese a carico dell'assicuratore sociale le cui conclusioni sono infine tutelate/ammesse, allorquando esso ha violato il suo obbligo d'istruire d'ufficio la causa (cfr. sentenza del Tribunale federale nella causa 9C_544/2007 del 28 aprile 2008 consid. 6). Conto tenuto delle circostanze particolari del caso di specie – l'autorità inferiore non avendo informato compiutamente la ricorrente degli accertamenti medici messi in atto, non avendo inoltre sufficientemente motivato né il progetto di decisione del 19 settembre 2008 né la decisione impugnata del 19 novembre 2008 e avendo infine pure rinunciato a prendere posizione sul ricorso inoltrato dalla ricorrente – questa Corte ritiene, in analogia alla succitata giurisprudenza del Tribunale federale ma anche per motivi di equità (cfr. YVES DONZALLAZ, *Loi sur le Tribunal fédéral*, 2008, ad art. 68 n. 1918 segg. nonché relativi riferimenti), giustificato di accordare alla ricorrente un'indennità ridotta di ripetibili di fr. 400.-- (sulla questione della concessione di ripetibili nonostante la soccombenza in caso di sanatoria in sede ricorsuale di una violazione del diritto di essere sentito, v. anche MICHAEL BEUSCH, in: AUER/MÜLLER/SCHINDLER, *Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren*, 2008, ad art. 64 nota n. 20 e relativi riferimenti).

14.3. Le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno altresì di principio diritto ad un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-

TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 400.-- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

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: