



Corte III
C-1629/2008
{T 0/2}

Sentenza del 20 settembre 2010

Composizione

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

Parti

A. _____,
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
9 gennaio 2008).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il (...), vedova, con tre figli, ha lavorato in Svizzera dal 1971 al 1975 (doc. 1 e 3), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo. Rientrata in Italia, ha svolto attività lucrativa, da ultimo dal 5 novembre 2002 come collaboratrice domestica (40 ore settimanali) presso un privato (doc. 8). Dagli atti di causa risulta che per motivi di salute l'interessata ha ridotto l'attività lavorativa a 10 ore alla settimana da ottobre del 2006 ma ha continuato a lavorare in tale misura ridotta almeno fino alla redazione del questionario per il datore di lavoro del 19 luglio 2007 (doc. 8) ed ha poi cessato completamente ogni attività professionale al più tardi nel novembre del 2007 (v. referto di visita psichiatrica del 30 novembre 2007 [doc. TAF 1]; secondo le risultanze della perizia medica particolareggiata E 213 del 14 febbraio 2007 la ricorrente avrebbe peraltro interrotto ogni attività professionale già entro la data di stesura del rapporto medesimo [cfr. pag. 2 della perizia]). Il 31 ottobre 2006, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'assicurata percepisce, a decorrere dal 1° novembre 2006, una pensione d'invalidità italiana (doc. 3).

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 ottobre 2003 a febbraio 2007 (doc. 12 a 22);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 14 febbraio 2007 attestante malattia di Parkinson, sindrome depressiva (umore marcatamente depresso [pag. 3 della perizia]), spondiloartrosi e protusioni discali multiple con discreta incidenza funzionale, sovrappeso corporeo; le condizioni di salute dell'interessata sono state definite come migliorate (?), ma la stessa è stata ritenuta in grado di svolgere il suo precedente lavoro, così come un lavoro sostitutivo adeguato alle sue condizioni, nella misura massima del 30%. È stato segnalato che l'interessata è considerata

invalida al 70%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, nella precedente attività (doc. 23);

- il questionario per il datore di lavoro del 19 luglio 2007 (doc. 8);
- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica del 24 luglio 2007, nel quale l'assicurata ha affermato di non essere più in grado di svolgere le mansioni consuete che competono ad una casalinga e di necessitare dell'aiuto di terzi (segnatamente dei famigliari; doc. 9);
- il questionario per l'assicurato del 24 luglio 2007 (doc. 10).

C.

Nel suo rapporto dell'8 ottobre 2007, il dott. B._____, del Servizio medico regionale "Rhône" (SMR), specialista in medicina interna, ha esposto la diagnosi principale di disturbi degenerativi diffusi del rachide, protusioni discali a più livelli, piccola ernia del disco C6-C7 senza compressione, piccola protusione discale L3-L4 con impegno foraminale a sinistra. Ha pure evidenziato la diagnosi secondaria, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, di disturbo depressivo moderato e malattia di Parkinson incipiente. Ha altresì considerato la periartrite scapolo omerale destra e l'obesità siccome senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Il dott. B._____ ha quindi fissato un'incapacità al lavoro dell'interessata del 40% nella precedente attività, a decorrere da giugno del 2005, ma, sempre da giugno del 2005, l'ha considerata abile all'80% in un'attività confacente al suo stato di salute. Infine, ha segnalato che a suo giudizio il grado d'invalidità dell'assicurata quale casalinga è del 20,1% sempre a decorrere da giugno del 2005 (doc. 25 e 25.1).

D.

Il 22 ottobre 2007, l'UAIE ha fissato il grado di invalidità dell'assicurata in applicazione del metodo misto al 24% (cfr. doc. 26).

E.

Il 30 ottobre 2007, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'assicurata che la domanda di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che l'esercizio di un'attività lucrativa più leggera è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'UAIE 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. 27), facoltà di cui l'assicurata non ha fatto uso.

F.

Da una nota interna dell'UAIE del 7 novembre 2007, risulta che il grado d'invalidità dell'interessata andava calcolato secondo il metodo generale del raffronto dei redditi, dal momento che dal 2002 ha lavorato a tempo pieno e dal 1° ottobre 2006 a tempo parziale (doc. 28).

G.

Il 9 gennaio 2008, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha in particolare osservato che dalle carte processuali risulta che a causa del danno alla salute l'assicurata ha un'incapacità lavorativa del 40% nella precedente attività. Tuttavia, l'esercizio di un'attività lucrativa leggera confacente allo stato di salute dell'interessata medesima – quale ad esempio portinaia, sorvegliante di parcheggio/museo, venditrice per corrispondenza, cassiera, bigliettaia, impiegata dell'ufficio ricevimento, telefonista, addetta alla distribuzione della posta interna/registrazione dati e scansione – è da considerare esigibile all'80%. L'autorità inferiore ha altresì rilevato che l'assicurata, nell'ambito di un'attività sostitutiva adeguata, presenta un grado d'invalidità del 36% (doc. 29 in combinazione con doc. 26).

H.

Il 13 febbraio 2008, l'interessata ha inoltrato un ricorso contro la decisione dell'UAIE del 9 gennaio 2008 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha esibito documenti medici già agli atti nonché i referti di esame radiografico del 2 maggio e 16 ottobre 2007, un certificato medico del 23 novembre 2007, un referto di visita psichiatrica del 30 novembre 2007, i referti di visita neurologica del 25 maggio 2007 e 7 gennaio 2008 ed un referto di densitometria ossea del 21 gennaio 2008 (doc. TAF 1).

I.

Nella risposta al ricorso del 25 aprile 2008, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. Ha precisato, da un lato, che ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto sia esigibile per ovviare alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a frutto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova

professione. Ha quindi segnalato che - secondo il rapporto del 17 aprile 2008 della dott.ssa C._____, medico dell'UAIE (doc. 31) - in sede ricorsuale non è stata esibita della nuova documentazione medica suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento della fattispecie. Infine, l'autorità inferiore ha indicato che l'assicurazione svizzera per l'invalidità non è vincolata dal fatto che l'interessata è stata riconosciuta quale invalida in Italia (doc. TAF 3).

J.

Con provvedimento del 30 aprile 2008 (notificato il 13 maggio 2008 [cfr. avviso di ricevimento agli atti; doc. TAF 5]), il Tribunale amministrativo federale ha concesso alla ricorrente la facoltà di pronunciarsi in merito alle osservazioni dell'autorità inferiore (doc. TAF 4), facoltà di cui l'insorgente non ha fatto uso.

K.

Con decisione incidentale del 12 giugno 2008 (notificata il 20 giugno 2008 [cfr. avviso di ricevimento agli atti; doc. TAF 7]), questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare, nel termine di 40 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo spese è stato versato il 10 luglio 2008 (doc. TAF 6 a 8).

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 9 gennaio 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-1284/2008 del 30 marzo 2010

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 31 ottobre 2006. 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 31 ottobre 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 9 gennaio 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.

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 LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI).

La ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

5.

5.1 Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGGA), 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).

5.2 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).

5.3 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. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, di principio, sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione che procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

6.

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).

7.

7.1 Dalla documentazione medica agli atti emerge che la ricorrente soffre segnatamente di malattia di Parkinson stadio 2 secondo Hoehn & Yahr (cfr. in particolare la relazione di dimissione per Day Hospital neurologico del 25 maggio 2007 [doc. TAF 1]), deficit cognitivo, di memoria, della concentrazione, dell'attenzione e dell'orientamento, sindrome depressiva, disturbo della personalità, spondiloartrosi e protusioni discali multiple con discreta incidenza funzionale, periartrite scapolo omerale, coxartrosi sinistra, gonartrosi bilaterale, neuropatia periferica nonché sovrappeso corporeo (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 14 febbraio 2007 [doc. 23] e certificati medici del 18 luglio 2005, 14 luglio 2006, 23 novembre 2007 e 7 gennaio 2008 [doc. 15 e 18 e doc. TAF 1]).

7.2 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% in media durante un anno.

8.

8.1 Nella fattispecie in esame, occorre 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.

8.2 Giusta l'art. 59 LAI, nella versione applicabile in concreto ed in vigore fino al 31 dicembre 2007, gli uffici AI devono disporre di servizi atti a garantire lo svolgimento dei compiti elencati nell'art. 57 LAI, con

sollecitudine e competenza (cpv.1). Per valutare le condizioni mediche del diritto di prestazioni, gli uffici AI dispongono di servizi medici regionali interdisciplinari. In attuazione dell'art. 59 cpv. 2 LAI, il Consiglio federale ha prescritto le discipline – tra le quali figurano anche l'ortopedia e la psichiatria – che devono essere rappresentate nei servizi medici regionali (art. 48 OAI) e ha elencato nel dettaglio i compiti che questi servizi sono chiamati a svolgere (art. 49 OAI). Ciò significa, tra le altre cose, che per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenza del Tribunale federale 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4; SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 consid. 4.3.1 [9C_323/2009]; sentenza del Tribunale federale I 142/07 del 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 e relativi riferimenti).

8.3 Questo Tribunale constata, da un lato, che per quanto emerge dagli atti di causa al loro stato attuale i problemi di salute della ricorrente sono essenzialmente di natura psichiatrica, neurologica e ortopedica e che nella perizia medica particolareggiata E 231 del 14 febbraio 2007 è fatto stato, in conseguenza delle più volte menzionate patologie della ricorrente, di un'incapacità lavorativa del 70% in qualsiasi attività, dunque anche in una sostitutiva adeguata. Dall'altro lato, rileva che né il dott. B._____, medico SMR e specialista in medicina interna, né la dott.ssa C._____, specialista in medicina generale incaricata dall'UAIE in sede di ricorso d'esprimersi sulla residua capacità lavorativa della ricorrente, sono degli specialisti in psichiatria, neurologia o ortopedia, ambiti determinanti per una corretta valutazione del caso di specie. Il dott. B._____ e la dott.ssa C._____ non hanno altresì visitato personalmente la ricorrente, ma si sono basati unicamente sui referti medici messi loro a disposizione. Ora, dal profilo psichiatrico hanno ritenuto – contrariamente alle risultanze degli atti di causa – un disturbo depressivo moderato non avente alcuna incidenza sulla capacità lavorativa. Una corretta lettura della perizia medica particolareggiata E 213 permette di osservare, per contro, l'esistenza di una sindrome depressiva con tono dell'umore marcatamente depresso (pag. 3 e 8). Nel certificato neuropsichiatrico del 16 giugno 2005 è fatto stato, fra l'altro, di un disturbo depressivo maggiore, ad andamento periodico, nonché di un quadro sintomatologico tendente ad un progressivo aggravamento e cronicizzazione, tenuto anche conto dell'interferenza ed esaltazione reciproca fra le varie componenti

diagnostiche. Nel certificato medico del luglio del 2006, della dott.ssa D._____ (psicologa; [doc. 18]), è stato inoltre segnalato che la ricorrente, che soffre di un disturbo della personalità di tipo schizoide, presenta rigidità nei rapporti interpersonali, chiusura relazionale, intensa ansia nonché disturbi del pensiero. Nel certificato psichiatrico pure del luglio 2006 (doc. 19) è evidenziato che l'insorgente è affetta da un disturbo depressivo con manifestazioni atipiche e che essa è regolarmente seguita da luglio del 2005 con trattamenti psicofarmacologici. L'unico certificato neurologico presente agli atti al momento della pronuncia della decisione litigiosa, il 9 gennaio 2008, in cui è stata diagnosticata alla ricorrente per la prima volta la malattia di Parkinson – allora di grado 1,5 secondo Hoehn & Yahr – è quello dell'8 maggio del 2006 (doc. 17); lo stesso è altresì particolarmente generico. Il certificato ortopedico più completo agli atti al momento della pronuncia della decisione litigiosa risale persino al 18 luglio 2005. Secondo lo stesso a causa delle affezioni ortopediche della ricorrente ivi ritenute, non suscettibili di miglioramento, la ricorrente non è più in grado di svolgere le attività lavorative di sua competenza (i certificati ortopedici del 14 novembre 2006 e del 13 febbraio 2007, estremamente laconici, riguardano altre problematiche rispetto a quelle evidenziate nel certificato del 18 luglio 2005 e non si pronunciano sulla capacità lavorativa della ricorrente). Già in virtù delle risultanze dei referti medico-specialistici presenti agli atti al momento della pronuncia della decisione litigiosa non era pertanto possibile scartare la valutazione della perizia medica particolareggiata E 213 del 14 febbraio 2007 – postulante per l'insorgente un'incapacità lavorativa del 70% in ogni attività professionale – senza prima raccogliere il giudizio più recente di specialisti delle singole materie.

8.4 Peraltro, la ricorrente, in trattamento con antidepressivi già dal 2005, è stata rivalutata dal profilo psichiatrico nel novembre del 2007, dunque anteriormente alla pronuncia della decisione impugnata (cfr. referto di visita psichiatrica del dott. E._____ del 30 novembre 2007 [doc. TAF 1]). In tale ambito è stato diagnosticato un disturbo depressivo cronicizzato e prescritto un trattamento con antidepressivi ed ansiolitici. È stato pure indicato che la ricorrente, che nel frattempo avrebbe lasciato il lavoro di collaboratrice domestica, presenta deficit di concentrazione, accusa umore depresso ed episodi acuti d'ansia. Ciò premesso, non è dato ravvisare sulla base di quali accertamenti specialistici oggettivi sia possibile determinarsi per l'assenza di qualsivoglia incidenza delle affezioni psichiche della ricorrente sulla

sua capacità lavorativa. Inoltre, ed anche per quanto attiene ai problemi neurologici fino ad allora evidenziati, questo Tribunale osserva che dal referto neurologico del 25 maggio 2007, presentato in sede di ricorso, risulta che in tale momento il grado della malattia di Parkinson era già passato a 2 (dal precedente 1,5 ritenuto dal dott. B._____ nel suo rapporto dell'8 ottobre 2007), senza che sia dato sapere il grado esatto della malattia al momento della pronuncia della decisione litigiosa. Tuttavia, dal referto neurologico del 7 gennaio 2008, sempre anteriore alla decisione litigiosa e prodotto in sede di ricorso, risulta che la ricorrente soffre, fra l'altro, di deficit cognitivo con deficit di memoria e deficit della concentrazione, dell'attenzione e dell'orientamento. Tale documento fa stato inoltre di un "sospetto morbo di Alzheimer". Inoltre, la genericità del certificato ortopedico del 23 novembre 2007, prodotto in sede di ricorso, non consente alcun serio apprezzamento della residua capacità lavorativa della ricorrente dal profilo ortopedico. Ciò premesso, non vi è alcuna ragione di ritenere che lo stato di salute psichico, neurologico e ortopedico della ricorrente sia andato migliorando dal 2005 al momento della pronuncia della decisione litigiosa il 9 gennaio 2008 a tal punto da giustificare il rigetto della domanda di rendita senza necessità d'ulteriori accertamenti specialistici più recenti, completi e concludenti di quelli presenti agli atti di causa.

9.

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata – che viola il diritto federale (accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti) – incorre nell'annullamento.

10.

Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (ULRICH HÄFELIN / GEORG MÜLLER / FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5^a ed., Zurigo/Basilea/Ginevra 2006, n. 1977 pag. 418). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e DTF 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda, in tempi ragionevoli, a

completare l'accertamento dei fatti determinanti – come indicato nei considerandi che precedono e vegliando a che siano aggiornate, se del caso, le informazioni utili alla determinazione dello statuto della ricorrente e del salario percepito anteriormente alla riduzione/cessazione della sua precedente attività lavorativa – nonché a pronunciare una nuova decisione.

11.

11.1 Visto l'esito della presente causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 300.--, versato il 10 luglio 2008, è restituito alla ricorrente.

11.2 Ritenuto che l'insorgente non è rappresentata in questa sede e che non risulta che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla procedura di ricorso, non si giustifica l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. 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]).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 9 gennaio 2008 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 300.--, versato il 10 luglio 2008, è restituito alla ricorrente.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- 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, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli 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 – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: