



---

Corte III  
C-1730/2008  
{T 0/2}

## **Sentenza del 15 settembre 2009**

---

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),  
Elena Avenati-Carpani, Johannes Frölicher;  
Cancelliere: Dario Croci Torti.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
rappresentata dal Patronato ACLI,  
traversa via Zurlo 11 - 13, IT-86100 Campobasso,  
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 28 gennaio 2008)

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

A.\_\_\_\_\_, cittadina italiana, nata il \_\_\_\_\_, ha lavorato in Svizzera dal 1981 al 1998 nel settore alberghiero e delle pulizie, versando regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (incarto cassa). Dopo il rimpatrio, ha continuato a svolgere un'attività lucrativa. Segnatamente, dal febbraio 2002, era impiegata come commessa in un negozio di ortofruttili in ragione di 30 ore settimanali (invece di 36); è rimasta assente dal lavoro per ragioni di salute dal 3 al 23 febbraio 2003 (malattia) ed a partire dal 29 novembre 2003 (infortunio); è stata licenziata con effetto 15 gennaio 2004 (doc. 23, 24).

**B.**

In data 29 settembre 2006, A.\_\_\_\_\_ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 3, 5).

La richiedente è stata visitata l'8 novembre 2006 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Campobasso, ove, il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di "depressione maggiore ricorrente, note spondiloartrosiche, eccedenza ponderale" ed ha posto un tasso d'invalidità del 70% (doc. 34). Sono stati esibiti documenti oggettivi, quali:

- una breve relazione di visita psichiatrica del 16 febbraio 2006 attestante una sindrome depressiva maggiore ricorrente ribelle alla terapia farmacologica da circa un anno (doc. 29a);
- analisi ematochimiche del 20 settembre 2006 (doc. 31);
- una cartella clinica relativa al ricovero ospedaliero dal 17 al 24 febbraio 2005 per riptetute lipotimie e febbre di origine infettiva alle vie respiratorie (doc. 32);
- un'altra cartella clinica concernente il ricovero dal 1° al 15 settembre 2005 per dolore interscapolare, dispnea, stato d'ansia (doc. 33);

- in diario medico generale dal 3 dicembre 2003 al 10 febbraio 2006 dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) per infortunio alla gamba destra (doc. 35).

Nel formulario per gli assicurati occupati nell'economia domestica, la richiedente ha affermato di non essere in grado di svolgere praticamente nessuno dei lavori di casa (doc. 12).

### **C.**

L'incarto è stato sottoposto in esame alla Dott.ssa Schoch-Zysset, medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), la quale, nella sua relazione del 20 ottobre 2007, ha affermato che l'interessata potrebbe svolgere ancora un'attività come casalinga. Analizzando le risposte fornite dall'interessata sul formulario per assicurati occupati nell'economia domestica ed in base alle specifiche direttive federali in tale materia, la Dott.ssa Schoch-Zysset ha valutato al 4% il tasso d'invalidità in ambito domestico (doc. 37, 38).

Con progetto di decisione del 25 ottobre 2007, l'UAIE ha disposto la reiezione della domanda di rendita per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 39). L'interpellata non ha preso posizione in merito.

In data 28 gennaio 2008, l'UAIE ha emanato una decisione conformemente al progetto (doc. 40).

### **D.**

Con il ricorso depositato l'11 marzo 2008, A.\_\_\_\_\_, validamente rappresentata dal Patronato ACLI di Campobasso, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni produce, segnatamente, un certificato medico della Dott.ssa Raimondo (psichiatra) del 5 marzo 2008 che conferma la presenza di una depressione maggiore ricorrente poco controllata dai medicinali ed un certificato 10 marzo 2008 del Dott. Lucarelli, medico curante, attestante la nota diagnosi.

### **E.**

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. Habicht (psichiatra), il quale, nella sua relazione dell'11 giugno 2008, ha affermato che non vi sarebbero motivi per distanziarsi dal parere

della Dott.ssa Schoch-Zysset ma che potrebbero essere acquisiti ad atti documentati circa ospedalizzazioni in ambito psichiatrico di cui fa cenno la Dott.ssa Raimondo.

Nelle sue osservazioni al ricorso del 20 giugno 2008, l'UAIE chiede a questo Tribunale di invitare la ricorrente ad esibire la documentazione sanitaria menzionata dalla propria consulente psichiatrica.

Con ordinanze del 27 giugno ed 11 settembre 2008, la parte ricorrente è stata invitata ad esibire quanto richiesto. Con scritto del 17 settembre 2008, il Patronato ACLI ha esibito documentazione già ad atti (cartelle cliniche).

L'incarto è stato ritrasmesso il 9 ottobre 2008 all'amministrazione, la quale l'ha sottoposto al Dott. Lehmann. Questo sanitario, nel suo rapporto del 22 ottobre 2008, ha annotato la carenza della documentazione richiesta che riguardava episodi patologici degli anni 90. Egli si è comunque allineato al parere dei precedenti sanitari dell'UAIE (doc. 45). Nelle sue osservazioni ricorsuali del 27 ottobre 2008, l'UAIE propone dunque la reiezione dell'impugnativa.

#### **F.**

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, il Patronato ACLI, con scritto del 18 novembre 2008, ha ribadito l'intenzione della propria assistita di mantenere il ricorso ed ha segnatamente prodotto: un rapporto d'esame neurologico dell'11 agosto 2008 (Dott.ssa De Capoa); un nuovo certificato (23 maggio 2008) della Dott.ssa Raimondo nel quale si insiste sullo scarso effetto dei medicinali assunti dalla paziente.

Ricevuta la replica, l'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. Lehmann, il quale, nella sua relazione del 5 dicembre 2008, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 47). Nella duplice del 10 dicembre 2008, l'amministrazione ha riproposto la reiezione dell'impugnativa.

#### **G.**

Con decisione incidentale del 16 dicembre 2008, il TAF ha inviato alla parte ricorrente, per conoscenza, la duplice dell'UAIE con copia del parere del Dott. Lehmann ed ha invitato la stessa a voler versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. L'insorgente ha effettuato un versamento, il 6 gennaio 2009, di Fr. 296.-.

**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'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

**2.**

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

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

**2.3** Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). La ricorrente ha versato un anticipo di Fr. 296.-, corrispondente (in parte) alle presunte spese processuali. Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

**3.**

**3.1** Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che

regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

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

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

#### **4.**

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che, il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

**5.**

La ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 29 settembre 2006. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 29 settembre 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 28 gennaio 2008, 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 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

**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 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 almeno un anno, rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante almeno tre anni (art. 36 LAI).

Nella specie, la ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di tre anni. Pertanto adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

**7.**

**7.1** In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma

stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

**7.2** L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1<sup>ter</sup> LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

**7.3** Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

**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 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

**7.5** Per gli art. 5 LAI ed 8 cpv. 3 LPGA 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** Dopo il rimpatrio, l'interessata ha svolto una regolare attività lucrativa, lavoro che ha smesso il 29 novembre 2003 per un infortunio ed è stata licenziata con effetto 15 gennaio 2004. Era attiva come commessa di prodotti ortofrutticoli in ragione di 6 ore al giorno per 30 ore la settimana. La durata di lavoro normale, degli altri dipendenti, era di 36 ore settimanali. Non è dato a sapere se l'interessata aveva assunto un orario leggermente ridotto per questioni di salute (doc. 23, 24).

**8.2** 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; 110 V 275, 105 V 207). 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). 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, 104 V 136; 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, 105 V 158).

**8.3** Ai fini del presente giudizio occorre precisare che 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. 5 e 28 cpv. 2<sup>bis</sup> nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007 e art. 8 cpv. 3 LPGGA). L'art. 27 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201) 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.

**8.4** Per quanto riguarda la scelta del metodo di valutazione dell'invalidità di una persona assicurata che non esercita più un'attività lucrativa si deve verificare 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).

Va precisato che secondo l'art. 28 cpv. 2<sup>ter</sup> LAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007, qualora l'assicurato eserciti un'attività lucrativa a tempo parziale, o collabori gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità, per questa parte, è determinata secondo l'art. 16 LPGGA. Se, inoltre, svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2<sup>bis</sup>. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e quella dello svolgimento delle mansioni consuete e poi determinare il grado d'invalidità in funzione della disabilità patita nei due ambiti (metodo misto).

## **9.**

**9.1** Nel caso in esame, in sede d'istruttoria, è stata evidenziata la diagnosi di depressione maggiore ricorrente, note spondiloartrosiche, eccedenza ponderale. La documentazione medica esibita in sede di ricorso e di replica fa perno, in sostanza, sulla scarsa efficacia della terapia farmacologica in atto.

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

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

## **10.**

**10.1** Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 70% negando che la paziente sia in grado di svolgere un'attività adeguata alle sue condizioni di salute. Dal canto loro, i medici dell'UAIE negano il requisito dell'incapacità al lavoro di livello pensionabile.

**10.2** Ora, a questo parere e, in generale, all'operato dell'amministrazione possono essere mosse diverse obiezioni.

**10.2.1** In primo luogo, la scelta del metodo di valutazione applicabile (cfr. consid. 8.4) è erranea. L'UAIE ha applicato il metodo (di calcolo) specifico delle casalinghe, ciò che non appare appropriato, perlomeno in base alle risultanze degli atti. Infatti, l'interessata è stata licenziata a causa di un infortunio (doc. 23) e, per il seguito, da gennaio a luglio 2004 è stata iscritta nei registri dei disoccupati. Ora, se l'infortunio non fosse avvenuto e se la sua patologia psichiatrica non si fosse aggravata, la nominata avrebbe verosimilmente continuato a svolgere

il precedente lavoro. In altre parole, la nominata non avrebbe rinunciato spontaneamente ad esercitare un'attività lucrativa, ma le contingenze dell'epoca (infortunio/malattia) l'hanno suo malgrado costretta a ripiegare su tale occupazione domestica. Va ricordato, a questo proposito, che l'aggravamento della sintomatologia psichiatrica deve essere avvenuto nel 2005, mentre l'origine di tale turba è effettivamente remota (psicosi post-partum; doc. 29a).

Inoltre, visto che la nominata lavorava per 30 ore settimanali, invece delle normali 36 ore, v'è da chiedersi se non sia eventualmente applicabile il metodo cosiddetto misto (cfr. consid. 8.4). Deve essere comunque rilevato che non può essere escluso che l'interessata lavorasse a ritmo ridotto per ragioni di salute già presenti allora.

**10.2.2** In secondo luogo, manca una perizia psichiatrica dettagliata. Esiste solamente un breve rapporto d'esame neuropsichiatrico del 16 febbraio 2006 (doc. 29a), dal quale comunque emerge la particolarità che la patologia in atto non si configura in una banale sindrome depressiva eventualmente emendabile con terapia farmacologica, quanto piuttosto in una depressione maggiore grave di tipo ricorrente. Sotto il profilo psichiatrico/neurologico, è necessario allestire un'adeguata indagine specialistica completa, che contenga una anamnesi dettagliata, un esame obiettivo che riferisca sull'orientamento spazio-temporale della paziente, sull'umore, sulle idee presenti, nonché in merito ai gradi di attenzione, concentrazione, organizzazione mentale, intuizione ecc., ponga una precisa diagnosi, menzioni l'eventuale terapia seguita, si esprima sulla prognosi e si pronunci infine sulla capacità ed all'esigibilità di un'attività lucrativa ed in quale misura questa sarebbe proponibile. Questa indagine s'impone tanto più che i referti esibiti dopo l'impugnata decisione insistono sulla scarsa efficacia delle cure in corso.

## **11.**

**11.1** Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessata e da quando questa invalidità esisterebbe. In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incanto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è

tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere.

**11.2** L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica dall'epoca di cessazione dell'attività lucrativa (novembre 2003) fino alla data dell'impugnata decisione (28 gennaio 2008). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile.

A tale fine la ricorrente dovrà essere sottoposta ad una perizia approfondita in psichiatria. Si richiederà inoltre un E 213 aggiornato ed un referto d'esame ortopedico.

L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE, il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro fra il novembre 2003 ed il 28 gennaio 2008, nonché in merito all'attività professionale che la ricorrente avrebbe potuto espletare nel periodo suddetto o, se del caso, in merito alla sua capacità di attendere alle usuali incombenze domestiche solo nella misura in cui questa occupazione sarebbe di rilievo (metodo misto; cfr. consid. 8.4 e 10.2.1).

## **12.**

**12.1** Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo di Fr. 296.- versato dall'insorgente il 6 gennaio 2009, le viene restituito.

**12.2** In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato.

Nel caso in esame, viste la memoria di ricorso, nonché la documentazione esibita, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-, da porre a carico dell'UAIE.

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

**1.**

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 28 gennaio 2008, l'incarto è rinviato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), perché proceda ai sensi del considerando 11 e statuisca di nuovo.

**2.**

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di Fr. 296.-, versato dalla ricorrente il 6 gennaio 2009, le viene restituito.

**3.**

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-, la quale è posta a carico dell'Ufficio AI intimato.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif. AI IT/756.0590.5482.29/JU)
- 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, nella misura in cui sono rispettate 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 ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: