

**Bundesverwaltungsgericht**  
**Tribunal administratif fédéral**  
**Tribunale amministrativo federale**  
**Tribunal administrativ federal**



Corte III  
C-2761/2006

{T 0/2}

## **Sentenza del 1° maggio 2007.**

Composizione: Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio), Johannes Frölicher e Michael Peterli, giudici,

Paola Carcano, cancelliera.

**G.**\_\_\_\_\_

ricorrente, patrocinata dall'Avv. Luigi Potenza,

**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,

concernente

**prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità.**

**Ritenuto in fatto:**

- A. G.\_\_\_\_\_, cittadina italiana, nata il \_\_\_\_\_, coniugata, ha lavorato in Svizzera dal 1970 al 2000 come addetta alle pulizie svolgendo, durante tali periodi, i contributi dovuti all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (cfr. doc. 6, 10 e 31). L'assicurata ha lavorato fino al 31 dicembre 2000, allorquando si è ritirata dal lavoro per ragioni che imputa invero, non tanto alle sue condizioni di salute, quanto piuttosto al suo rientro in Italia (doc. 10 e 11).

In data 23 novembre 2004, G.\_\_\_\_\_ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1 e 4).

- B. L'assicurata è stata visitata l'11 gennaio 2005 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano (Lecce), ove la sanitaria incaricata (Dott. ssa L.\_\_\_\_\_) ha evidenziato la diagnosi di "spondiloartrosi diffusa a lieve incidenza funzionale, ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico, sindrome ansioso depressiva di modesta entità in trattamento e sovrappeso corporeo". Dopo aver posto un tasso di invalidità parziale del 50%, ha però ritenuto l'interessata in grado di svolgere a tempo pieno sia l'ultimo lavoro svolto sia qualsiasi altra attività confacente alle sue condizioni, specificando altresì che è pure in grado di assolvere regolarmente dei lavori pesanti (doc. 31).

La seguente documentazione medica obiettiva è stata inoltre prodotta: due referti specialistici della Dott. ssa E.\_\_\_\_\_ del 6 gennaio 1999; un referto di una risonanza magnetica dinamica al petto del Dott. L.\_\_\_\_\_ del 27 giugno 2000; un referto dell'istituto di patologia ed istologia di Berna del 4 agosto 2000 accompagnato da un rapporto di un'operazione del Dott. R.\_\_\_\_\_ del 2 agosto 2000; due referti specialistici del Dott. R.1\_\_\_\_\_ del 17 e del 28 novembre 2000; due referti radiografici (scapolo omerale sx e dx; colonna cervicale e lombo-sacrale) della Dott. ssa A.\_\_\_\_\_ del 16 novembre 2002 e del 3 marzo 2003; un referto radiografico (M.O.C. colonna lombare) del Dott. F.\_\_\_\_\_ del 28 gennaio 2003; un referto radiografico (torace) del 17 aprile 2003 rilasciato dall'Azienda Sanitaria Locale LE/2 di Maglie; un referto ecografico bilaterale ed un referto mammografico bilaterale del Dott. M.\_\_\_\_\_ del 25 settembre 2003; un referto ecografico del Dott. D.\_\_\_\_\_ del 26 settembre 2003; due referti specialistici (E.C.G. ed E.C.D.) del 30 dicembre 2003 rilasciati dall'Azienda Sanitaria Locale LE/2 di Maglie; un certificato dell'azienda unità sanitaria locale di Maglie, dipartimento di salute mentale, del 30 dicembre 2003 giusta il quale l'assicurata è affetta da "sindrome depressiva endoreattiva media cronica"; un referto

specialistico (TC del cranio) del Dott. S. \_\_\_\_\_ del 3 gennaio 2004; un referto di un eco color doppler (tronchi sovraortici) del Dott. M. \_\_\_\_\_ del 26 marzo 2004 ed un referto specialistico (Rx mammografia e eco mammaria) del Dott. P. \_\_\_\_\_ del 13 ottobre 2004 (doc. 12-30).

Nell'apposito formulario per assicurati occupati nell'economia domestica del 1° luglio 2005, l'interessata afferma inoltre di non essere praticamente più in grado di svolgere con attitudine le mansioni domestiche che competono ad una casalinga. In particolare, dichiara di necessitare dell'aiuto di terzi per i lavori pesanti, segnatamente per le pulizie dei vetri, dei lampadari, dei mobili e dei pavimenti (doc. 10).

Alla predetta documentazione sono stati poi aggiunti: una scheda di dimissione ospedaliera relativa al ricovero dal 17 al 22 febbraio 2005 presso lo stabilimento ospedaliero "F. Ferrari", reparto di neurologia, dell'azienda unità sanitaria locale di Maglie per "nevralgia occipitale sinistra, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, spondiloartrosi cervicale con discopatia C5-C6 e C6-C7", oltre a referti medici vari allegati alla stessa e due referti specialistici (eco color doppler: tronchi sovraortici, arti inferiori arterioso e venoso) del Dott. M. \_\_\_\_\_ dell'11 marzo e del 22 aprile 2005 (doc. 32, 33 e 34).

- C. Nel suo rapporto del 29 agosto 2005, il Dott. W. \_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata alla luce pure della nuova documentazione prodotta, ritiene che l'incapacità di lavoro dell'assicurata in ambito domestico si situerebbe al 5% (doc. 35, 36 e 37).

Con decisione del 15 settembre 2005 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha pertanto respinto la richiesta di prestazioni di G. \_\_\_\_\_.

- D. Quest'ultima, regolarmente rappresentata dall'avv. Luigi Potenza, ha formulato in data 6 ottobre 2005 tempestiva opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 41). Nulla ha prodotto a suffragio delle sue conclusioni.

Mediante decisione su opposizione del 27 marzo 2006, l'UAIE ha respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 15 settembre 2005 (doc. 42).

- E. Con tempestivo gravame del 3 maggio 2006, consegnato alla Posta il 5 maggio successivo, G.\_\_\_\_\_, regolarmente rappresentata dall'avv. Luigi Potenza, 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 un referto radiografico del rachide cervico-dorso-lombare del Dott. F.\_\_\_\_\_ del 26 aprile 2006.
- F. Ricevuta l'impugnativa, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. W.\_\_\_\_\_, il quale, alla luce della nuova documentazione prodotta, nella sua relazione del 1° agosto 2006 considera l'assicurata abile al 100% sia per quanto concerne i lavori in ambito domestico sia per quanto concerne il lavoro precedentemente svolto come addetta alle pulizie (doc. 44).
- Nelle sue osservazioni ricorsuali del 25 settembre 2006 l'UAIE propone pertanto la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.
- G. Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, l'avv. Luigi Potenza, con scritto del 23 ottobre 2006, ha ribadito l'intenzione della propria assistita di mantenere il ricorso con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.
- H. In data 23 marzo 2007 il Tribunale amministrativo federale ha comunicato alle parti la composizione del collegio giudicante. Entro il termine impartito non sono state presentate istanze di ricusa.

### **Considerando in diritto:**

1.
  - 1.1 I ricorsi pendenti presso le Commissioni federali di ricorso o d'arbitrato o presso i servizi di ricorso dei dipartimenti il 1° gennaio 2007 sono trattati dal Tribunale amministrativo federale nella misura in cui è competente. È applicabile il nuovo diritto di procedura (cfr. art. 53 cpv. 2 Legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 [LTAF, RS 173.32]).
  - 1.2 In virtù dell'art. 31 LTAF, questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della Legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate agli art. 33 e 34 LTAF, riservate le eccezioni di cui

all'art. 32 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 su l'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

- 1.3 Ai sensi del combinato disposto degli art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA e 1 cpv. 1 LAI, la procedura in materia di assicurazioni sociali è disciplinata, di principio, dalla legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000, entrata in vigore il 1° gennaio 2003 (LPGA, RS 830.1).

Ai sensi dell'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.

Il ricorso appare tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

## 2.

- 2.1 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). Trattasi 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).
- 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 di invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (ATFA causa I 435/02 consid. 2 del 2 febbraio 2003; Revue à l'attention des caisses de compensations (RCC) 1989 p. 330). Alla stessa maniera, dopo l'entrata in vigore dell'ALC, il grado di invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione-invalidità svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).
3. La legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali ha comportato la modifica di numerose disposizioni legali, segnatamente nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità.

Secondo l'art. 2 LPGA le disposizioni di questa legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Inoltre, l'art. 1 LAI stabilisce che 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.

È necessario precisare che, per quanto riguarda le prestazioni posteriori al 1° gennaio 2004, la presente procedura è disciplinata dalla LAI nel tenore in vigore a partire da questa data (IV revisione della LAI).

4. La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 23 novembre 2004. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI 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 (TAF) può quindi limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 23 novembre 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 27 marzo 2006, data della decisione su opposizione. 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).

5. Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni :
- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
  - aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (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, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita.

Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

6.

- 6.1 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.

- 6.2 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). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1<sup>er</sup> LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

- 6.3 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).

6.4 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.

7.

7.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275, 105 V 207).

In base all'art. 16 LPGGA, 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; Jurisprudence et pratique administrative [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).

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> e art. 8 cpv. 3 LPGGA ). L'art. 27 OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità. 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).

- 7.2 Dagli atti si evince che G.\_\_\_\_\_ ha lavorato quale addetta alla pulizie in Svizzera fino al 31 dicembre 2000, allorquando si è ritirata dal lavoro per ragioni che imputa invero, non tanto alle sue condizioni di salute, quanto piuttosto al suo rientro in Italia (doc. 10 e 11), pertanto, appare giustificato applicare alla presente fattispecie il metodo di valutazione specifico delle casalinghe, come peraltro correttamente ammesso dall'amministrazione, anzichè quello generale.

## 8.

- 8.1 Nel caso di specie la diagnosi risulta essere articolata su due livelli temporali. Dapprima, è stata evidenziata una "spondiloartrosi diffusa a lieve incidenza funzionale" accompagnata da "ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico, sindrome ansioso depressiva di modesta entità in trattamento e sovrappeso corporeo" (cfr. perizia medica particolareggiata dell'INPS del 11 gennaio 2005: doc. 31). Successivamente il Dott. F.\_\_\_\_\_ ha attestato, nel suo referto radiografico del rachide cervico-dorso-lombare del 26 aprile 2006 allegato dalla ricorrente al gravame in esame, che l'assicurata è affetta da "spondiloartrosi osteofitica cervico dorsale di notevole entità; spondiloartrosi lombare di lieve entità; riduzione di ampiezza degli spazi intersomatici C5-C6, C6-C7, D9-D10 ed L5-S1 da verosimili sofferenze discali; scoliosi destro-convessa dorso-lombare ad ampio raggio di curvatura; note osteoporotiche; calcificazioni ateromasiche dell'aorta e presenza di calcificazione tra processi trasversi di L3 ed L4 a destra".

Per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, ritenuto che i fatti accaduti posteriormente (e che hanno modificato questa situazione) devono di regola formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo (DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 127 V 467 consid. 1 e DTF 121 V 366 consid. 1b). Eccezionalmente, il giudice delle assicurazioni sociali può anche tener conto, per motivi d'economia procedurale, dei fatti intervenuti posteriormente, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso e nella misura in cui essi siano strettamente legati all'oggetto della causa e siano suscettibili di facilitare l'accertamento delle circostanze rilevanti (DTF 105 V 161 consid. 2d, DTF 103 V 53 consid. 1, DTF 99 V 101 consid. 4; RCC 1980 pag. 263, RCC 1974 pag. 192 consid.

4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3). In questo contesto occorre quindi tenere conto anche del menzionato referto radiografico del Dott. F.\_\_\_\_\_ del 26 aprile 2006.

8.2 La diagnosi anzidetta è stata ripresa pure dal medico dell'UAIE, Dott. W.\_\_\_\_\_, nei suoi rapporti del 29 agosto 2005 (doc. 35, 36 e 37) e del 1° agosto 2006 (doc. 44).

8.3 Le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. 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% (rispettivamente del 50% per il periodo precedente l'entrata in vigore degli Accordi bilaterali) almeno durante un anno.

9. Per quanto concerne le conseguenze invalidanti del primo gruppo di affezioni menzionate, la sanitaria medica dell'INPS, dopo aver posto un tasso di invalidità parziale del 50%, ha ritenuto l'interessata in grado di svolgere a tempo pieno sia l'ultimo lavoro svolto sia qualsiasi altra attività confacente alle sue condizioni, specificando altresì che la stessa è pure in grado di assolvere regolarmente dei lavori pesanti (doc. 31). Dal canto suo il Dott. W.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, ha ritenuto nel suo primo rapporto del 29 agosto 2005 che l'incapacità di lavoro dell'assicurata in ambito domestico si situerebbe al 5% (doc. 35, 36 e 37) mentre nel suo secondo rapporto del 1° agosto 2006 ha considerato l'interessata - alla luce del referto radiologico del Dott. F.\_\_\_\_\_ del 26 aprile 2006 attestante il secondo gruppo menzionato di affezioni che l'affliggono - abile al 100% sia per quanto concerne i lavori in ambito domestico sia per quanto concerne il lavoro precedentemente svolto come addetta alle pulizie (doc. 44).

10.

10.1 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a).

10.2 Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il Tribunale federale ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212). Secondo il Tribunale federale i centri medici di accertamento dell'AI non possono essere considerati parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 pag. 110). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In DTF 125 V 351 il Tribunale federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

10.3 Nel caso di specie, il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il Dott. W.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE (doc. 35, 36, 37 e 44). Infatti, egli ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurata sulla base di accertamenti approfonditi e completi (doc. 12-30, 32-34 e referto radiografico del Dott. F.\_\_\_\_\_ del 26 aprile 2006 ) ed, in particolare, ha rilevato che le alterazioni dell'apparato locomotorio sono chiaramente dovute alla normale usura fisiologica e non vi è alcun altro segno clinico patologico che possa giustificare una limitazione funzionale. Sulla base delle risposte fornite dall'interessata nel questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica del 1° luglio 2005 (doc. 10) tenuto conto delle direttive 3093 e 3098 della circolare concernente l'invalidità e l'impotenza edita dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS, CIIAI), è quindi giunto a conclusioni logiche e motivate in merito alla sua piena capacità di lavoro (100%) quale casalinga.

10.4 G.\_\_\_\_\_ non ha dunque diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

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

1. Il ricorso è respinto e la decisione impugnata del 27 marzo 2006 è confermata.
2. Non si prelevano spese processuali. Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.
3. Comunicazione:
  - al rappresentante della ricorrente (raccomandata A/R),
  - all'autorità inferiore (n. di rif. \_\_\_\_\_),
  - all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

**Rimedi di diritto:**

Questa sentenza può essere impugnata entro 30 giorni dalla notifica innanzi al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna (cfr. art. 42, 48, 100 della legge federale del 17 giugno 2005 sul Tribunale federale, LTF, RS 173.110).

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

Data di spedizione: