

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



Corte III  
C-2803/2006

{T 0/2}

## **Sentenza del 4 luglio 2007**

Composizione: Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio), Eduard Achermann e Francesco Parrino, giudici,

Paola Carcano, cancelliera.

**D.**\_\_\_\_\_,

ricorrente, patrocinata dall'avv. Roberto Coppola, corso V. Emanuele 8, IT-83100 Avellino,

**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 invalidità.**

**Ritenuto in fatto:**

- A. D.\_\_\_\_\_, cittadina italiana, nata il \_\_\_\_\_, coniugata, ha lavorato in Svizzera dal 1973 al 1975 presso la ditta J.\_\_\_\_\_ di Zurigo come operaia solvendo, durante tali periodi, i contributi dovuti all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Dopo di che si è definitivamente ritirata dal mondo del lavoro. A far tempo dal mese di maggio 2001 percepisce una pensione per invalidità civile italiana di complessivi Euro 239.83 mensili. In data 28 luglio 2004, D.\_\_\_\_\_ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1-4, 6 e 11).
- B. L'assicurata è stata visitata il 1° settembre 2004 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Avellino, ove il sanitario incaricato (Dott. T.\_\_\_\_\_) ha evidenziato la diagnosi di pregresso (nov. 03) infarto miocardico anteriore, cardiopatia ischemica già trattata con duplice P.T.C.A, deficit visivo in OO già trattato a sx con cheratoplastica, pregressa isteroannessectomia per fibromatosi e quadrantectomia dx. con svuotamento ascellare omolaterale per CA. duttale ed obesità e, dopo aver posto un tasso di invalidità parziale del 35%, ha specificato che l'interessata è in grado di assolvere regolarmente (seppur a determinate condizioni) dei lavori leggeri (doc. 39).

La seguente documentazione medica obiettiva è stata inoltre prodotta: una scheda di dimissione ospedaliera relativa al ricovero dal 30 luglio al 3 agosto 1998 presso il reparto di oculistica della casa di cura Villa Maria di Mirabella Eclano (Av) per opacità corneale e dist. Cornea e cheratocono, oltre a referti medici vari allegati alla stessa; una scheda di dimissione ospedaliera relativa al ricovero dal 25 gennaio al 3 febbraio 1999 presso il Policlinico di Napoli per carcinoma della mammella sinistra, oltre a referti medici vari allegati alla stessa; una scheda di dimissione ospedaliera relativa al ricovero dal 1° all'8 aprile 2003 presso il reparto di ginecologia della casa di cura S. Rita di Atripalda (Av) per utero fibromatoso (laparoisterectomia e annessectomia bilaterale), oltre a referti medici vari allegati alla stessa; un referto di una scintigrafia scheletrica total-body del 9 giugno 2003; una cartella clinica ed una scheda di dimissione relative al ricovero dal 25 novembre al 3 dicembre 2003 presso il reparto di cardiologia dell'azienda ospedaliera S. Giuseppe Moscati di Avellino per infarto miocardico acuto anteriore trattato con PCTA e rilascio di STENT su occlusione trombotica acuta dell'IVA e contropulsazione aortica ed obesità, oltre a referti medici vari allegati alla stessa; una scheda di dimissione relativa al ricovero dal 29 marzo al 3° aprile 2004 presso il reparto di cardiologia dell'azienda ospedaliera S. Giuseppe Moscati di Avellino per cardiopatia ischemica: angina spontanea, recente infarto

miocardico acuto anteriore trattato con PCTA e rilascio di STENT su occlusione trombotica acuta dell'IVA e contropulsazione aortica ed obesità, (...) pervio lo STENT al tratto prossimale dell'IVA, stenosi del 50% al tratto medio del D.A. (...); un referto di una coronografia del 31 marzo 2004; una scheda di dimissione relativa al ricovero dall'11 aprile al 17 aprile 2004 presso il reparto di cardiologia dell'azienda ospedaliera S. Giuseppe Moscati di Avellino per angina instabile, cardiopatia ischemica cronica (pregresso infarto miocardico acuto anteriore trattato con PCTA + STENT su IVA), obesità, stenosi critica dell'IVA a livello di D2 trattata con impianto diretto di STENT medicato taxus, oltre a referti medici vari allegati alla stessa; un referto di una scintigrafia ossea total-body+segmentaria del 7 giugno 2004; un referto del laboratorio di neurofisiopatologia dell'11 giugno 2004 (tunnel carpale bilaterale) ed, infine, un elettrocardiogramma del 1° settembre 2004 (doc. 18-38).

È stata inoltre prodotta una perizia giudiziaria della Dott.ssa G.\_\_\_\_\_ ed una sentenza del Tribunale di Avellino del 3 ottobre 2003 giusta le quali l'assicurata è ritenuta invalida civile al 100% dal 24 aprile 2001 (doc. 9 e 10).

Nell'apposito formulario per assicurati occupati nell'economia domestica del 21 marzo 2005, l'interessata afferma 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 dei familiari per ca. 10 ore alla settimana (doc. 17).

- C. Nel suo rapporto del 1° agosto 2005, il Dott. A.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, dopo aver ripreso la diagnosi posta dal medico dell'INPS ed analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, ritiene che l'assicurata ha subito un'incapacità di lavoro temporanea del 100% per problemi cardiologici dal 25 novembre 2003 fino al 15 aprile 2004 (data in cui è stata sottoposta ad un intervento di angioplastica coronarica, eseguito con successo) e che per il seguito la sua incapacità di lavoro in ambito domestico si situerebbe al 33% (doc. 40, 41 e 42).

Con decisione del 12 agosto 2005 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha respinto la richiesta di prestazioni di D.\_\_\_\_\_.

- D. Quest'ultima, regolarmente rappresentata dall'avv. Roberto Coppola, ha formulato tempestiva opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 44). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto, oltre a documentazione già agli atti, un certificato medico della Dott.ssa A1.\_\_\_\_\_ (specialista in oculistica) del 17 maggio 2005.

Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha sottoposto gli atti alla Dott.ssa S.\_\_\_\_\_, la quale, alla luce della nuova documentazione prodotta, nella sua relazione del 13 marzo 2006 (doc. 46 e 46.1) considera l'assicurata, per quanto concerne i lavori in ambito domestico, inabile al 20% dal 30 luglio 1998 (ospedalizzazione per il problema oculare), del 33% dal 25 novembre 2003 (infarto) e, tenuto conto di un ulteriore peggioramento del problema oculare, del 42% dal 17 maggio 2005 (data del certificato medico della Dott.ssa A1.\_\_\_\_\_, specialista in oculistica).

Mediante decisione su opposizione del 22 maggio 2006, l'UAIE ha accolto parzialmente la predetta opposizione e nel contempo ha annullato la propria decisione del 12 agosto 2005 riconoscendo all'assicurata il diritto ad un quarto di rendita a far tempo dal 1° febbraio 2006 posto che il termine di attesa di un anno è scaduto il 24 febbraio 2006 (doc. 47-50).

- E. Con tempestivo gravame, consegnato alla Posta il 14 giugno 2006 e pervenuto alla Commissione federale dell'AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR) in data 20 giugno successivo, D.\_\_\_\_\_, regolarmente rappresentata dall'avv. Roberto Coppola, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento in via principale del suo diritto ad una rendita intera. A suffragio delle sue conclusioni produce documentazione già agli atti.
- F. Nelle sue osservazioni ricorsuali del 25 agosto 2006 l'UAIE propone la rieiezione 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. Roberto Coppola, invitato in data 16 agosto 2006 a voler comunicare se la sua patrocinata intendeva ancora mantenere il ricorso oppure se lo ritirava, è rimasta a tutt'oggi silente.
- H. In data 4 giugno 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 della 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).

### 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. Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1) che ha portato alcune modifiche legislative anche 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.

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 LPGA. 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 adempite nella specie.

Il ricorso è 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.

4. Ai fini del presente giudizio occorre preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, sono determinanti, di principio, le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e che, di regola, il giudice delle assicurazioni sociali si basa, ai fini dell'esame della vertenza, sui fatti che si sono realizzati fino

al momento della decisione contestata (DTF 121 V 366 consid. 1b). Trattandosi nel caso in esame di eventuali prestazioni riferite sia ad un periodo antecedente che posteriore al 1° gennaio 2004, giova ricordare che le modifiche della LAI del 21 marzo 2003, in vigore dal 1° gennaio 2004 (4a revisione della LAI), sono applicabili solo a partire da tale data.

5. La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 28 luglio 2004. In deroga all'art. 24 LPGGA, 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 28 luglio 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 22 maggio 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).

6. 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.

7.

7.1 In base all'art. 8 LPGGA 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). 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>ter</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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino 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).
- 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.
- 8.
- 8.1 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).
- 8.2 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). Viceversa, 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 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 5 e 28 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI e art. 8 cpv. 3 LPGA ). 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).

- 8.3 Dagli atti si evince che D.\_\_\_\_\_ ha lavorato in Svizzera dal 1973 al 1975 presso la ditta J.\_\_\_\_\_ di Zurigo come operaia, dopo di che si è definitivamente ritirata dal mondo del lavoro. Alla presente fattispecie appare pertanto giustificato applicare il metodo di valutazione specifico delle casalinghe, come peraltro correttamente ammesso dall'amministrazione, anziché quello generale.
- 8.4 In assenza di dati di carattere economico, le certificazioni mediche 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). 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; Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 2001 p. 109).

## 9.

9.1 Nel caso di specie è stata evidenziata la diagnosi di pregresso (nov. 03) infarto miocardico anteriore, cardiopatia ischemica già trattata con duplice P.T.C.A, deficit visivo in OO già trattato a sx con cheratoplastica, pregressa isteroanneselectomia per fibromatosi e quadrantectomia dx. con svuotamento ascellare omolaterale per CA. duttale ed obesità (cfr. perizia medica particolareggiata dell'INPS del 1° settembre 2004: doc. 39). Il problema oculare è successivamente peggiorato (cfr. certificato medico della Dott.ssa A1.\_\_\_\_\_, specialista in oculistica, del 17 maggio 2005). Tali diagnosi sono state confermate dapprima dal medico dell'UAIE, Dott. A.\_\_\_\_\_, nel suo rapporto medico del 1° agosto 2005 (doc. 41 e 42) e successivamente dalla collega, Dott.ssa S.\_\_\_\_\_, nella sua relazione del 13 marzo 2006 (doc. 46 e 46.1).

9.2 Tali affezioni 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 può 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.

## 10.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle affezioni menzionate, il sanitario medico dell'INPS, dopo aver posto un tasso di invalidità parziale del 35%, ha ritenuto l'interessata in grado di assolvere regolarmente dei lavori leggeri, seppur con delle pause supplementari ed a determinate condizioni. In particolare, ha precisato le seguenti controindicazioni: umidità, calore, fumo, gas, vapori, lavoro a turni, frequenti flessioni, trasporto e sollevamento pesi, freddo, rumori e lavoro notturno (cfr. perizia medica particolareggiata dell'INPS del 1° settembre 2004: doc. 39). Dal canto suo il Dott. A.\_\_\_\_\_, nel suo rapporto medico del 1° agosto 2005, osserva che l'assicurata, casalinga affetta da una malattia coronarica aggravata da una considerevole obesità, ha subito un'incapacità di lavoro temporanea del 100% per il periodo dal 25 novembre 2003 fino al 15 aprile 2004 (data in cui l'assicurata è stata sottoposta ad un intervento di angioplastica coronarica, eseguito con successo), poi però giunge alla conclusione che ella deve essere ritenuta incapace al lavoro quale casalinga nella misura del 33%, sempre a far

tempo dal 25 novembre 2003 (doc. 41 e 42). Chiamata ad esprimersi durante la procedura di opposizione, la Dott.ssa S.\_\_\_\_\_, nella sua relazione del 13 marzo 2006 (doc. 46 e 46.1), considera invece l'assicurata, per quanto concerne i lavori in ambito domestico, inabile al 20% dal 30 luglio 1998 (ospedalizzazione per il problema oculare), del 33% dal 25 novembre 2003 (infarto) e, tenuto conto di un ulteriore peggioramento del problema oculare, del 42% dal 17 maggio 2005 (data del certificato medico della Dott.ssa A1.\_\_\_\_\_, specialista in oculistica).

10.2 Nel caso in esame il collegio giudicante rileva che le valutazioni anzidette rese dagli specialisti che hanno avuto modo di pronunciarsi sullo stato di salute e sulle sue conseguenze invalidanti dell'assicurata sono discordanti ed, in particolare, che i rapporti dei medici dell'UAIE sono contraddittori. Infatti il Dott. A.\_\_\_\_\_, pur ritenendo l'assicurata temporaneamente incapace al lavoro al 100% dal 25 novembre 2003, giunge poi alla conclusione che ella è incapace al lavoro quale casalinga nella misura del 33% a partire dalla medesima data. Dal canto suo, invece, la Dott.ssa S.\_\_\_\_\_ non tiene debitamente conto della problematica coronaria dell'assicurata che giustifica un'incapacità di lavoro temporanea del 100% della stessa (anche quale casalinga) a partire dal 25 novembre 2003 e per una durata corrispondente al periodo di ricovero per infarto (e la relativa convalescenza) nonché per l'intervento di angioplastica coronarica eseguito con successo (e la rispettiva convalescenza). Ciò di cui peraltro non tiene debitamente conto neppure l'amministrazione nella decisione su opposizione qui avversata come pure nelle osservazioni ricorsuali del 9 agosto 2006. Pertanto, alla luce della giurisprudenza in materia di rapporti medici riportata sub. consid. 8.4, il collegio giudicante non può condividere le conclusioni a cui è giunto l'UAIE, né d'altronde ritiene di poter considerare concludenti ai fini del giudizio le valutazioni rese dal sanitario medico dell'INPS. Sia inoltre soggiunto che la documentazione medica oggettiva agli atti neppure risulta essere di recente esecuzione. Tutti gli esami ed i referti clinici (eccezione fatta per il certificato medico della Dott.ssa A1.\_\_\_\_\_, specialista in oculistica, del 17 maggio 2005) risalgono, infatti, al 2004, allorché il collegio giudicante, conformemente a quanto esposto sub. consid. 5, deve esaminare se un diritto dell'assicurata alla rendita sia sorto tra il 28 luglio 2003 ed il 22 maggio 2006.

10.3 Stante quanto precede il collegio giudicante non può pertanto effettuare sulla base degli atti di causa un esame oggettivo adeguato che consenta di addivenire ad un chiaro ed attendibile giudizio sullo stato di salute dell'assicurata e sulle sue effettive ripercussioni invalidanti. Pertanto il gravame deve essere parzialmente accolto. La decisione impugnata è quindi annullata e l'incanto retrocesso all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero 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 considera l'importanza della lacuna rilevata e l'ampiezza delle informazioni mediche bisognose di essere ancora raccolte.

- 10.4 L'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero dovrà pertanto completare l'istruttoria delucidando la situazione valetudinaria della ricorrente. L'assicurata dovrà quindi essere sottoposta a visite specialistiche in cardiologia ed oculistica e devono essere effettuati tutti gli esami oggettivi che il caso richiede tramite l'INPS di Avellino. Inoltre dovrà essere allestito un modello E 213 aggiornato. L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE, il quale si pronuncerà in merito all'eventuale incapacità al lavoro della ricorrente quale casalinga. Particolare attenzione dovrà inoltre essere prestata al periodo intercorso tra il 28 luglio 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda) ed il 22 maggio 2006 (data della decisione su opposizione qui avversata) e da questa data in poi.
11. Poiché nella presente procedura si tratta di decidere il riconoscimento rispettivamente il rifiuto di prestazioni assicurative, non vengono prelevate spese processuali (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore fino al 30 giugno 2006).
12. 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, visto l'esito del gravame, alla parte ricorrente è assegnata un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-- a carico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero.

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

1. Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata la decisione impugnata del 22 maggio 2006, l'incarto è retrocesso all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero affinché completi l'istruttoria ai sensi del considerando 10 e statuisca di nuovo.
2. Non si percepiscono spese di procedura.
3. Alla parte ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.--, la quale viene posta a carico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero.
4. Comunicazione:
  - al rappresentante della ricorrente (raccomandata A/R),
  - all'autorità inferiore (n. di rif. \_\_\_\_\_),
  - all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

**Rimedi di diritto:**

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, i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

Data di spedizione: