



---

Corte III  
C-2877/2010

## **Sentenza del 15 dicembre 2011**

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Elena Avenati-Carpani e Francesco Parrino,  
cancelliera Marcella Lurà.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
patrocinata dall'avvocato Rodolfo Barsi e  
dall'avvocato Franco Papadia,  
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 18 marzo 2010).

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

A. \_\_\_\_\_, cittadina italiana, nata il (...), coniugata, con due figli (cfr. doc. 29 pag. 4), ha lavorato in Svizzera dal dicembre del 1979 al 2006, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 7). Dall'ottobre del 2004 al dicembre del 2006, è stata alle dipendenze dell'B. \_\_\_\_\_ in qualità di aiuto infermiera, in ragione di 40 ore alla settimana fino al 30 settembre 2005, poi ridotte a 33.6 ore settimanali dal 1° ottobre 2005 (doc. 15). L'assicurata ha dichiarato che il suo precario stato di salute l'ha costretta ad interrompere l'attività lucrativa il 31 dicembre 2006 ed a rientrare in Italia (doc. 13). Non sarebbe più in grado di occuparsi delle consuete mansioni domestiche (doc. 12). Il 24 marzo 2009, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

**B.**

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

- documenti medici di data intercorrente da giugno 1987 a giugno 2009 (doc. 17 a 76 e 78 a 81);
- la perizia medica particolareggiata E 213 del 27 maggio 2009, da cui emerge la diagnosi di ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo 2, tiroidite cronica autoimmune, osteoartrosi polifocale, fibromialgia, sindrome ansioso depressiva; le condizioni di salute dell'interessata sono state definite come peggiorate e la medesima è stata ritenuta in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri nonché il suo ultimo lavoro come pure un lavoro adeguato alle sue condizioni a tempo pieno. È stato segnalato che l'interessata è considerata invalida al 60%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, nella precedente attività (doc. 77);
- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica del 24 luglio 2009, 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 familiari e di una persona esterna alla famiglia – nella misura di 40 ore alla settimana (doc. 12);

- il questionario per l'assicurato del 24 luglio 2009 (doc. 13);
- il questionario per il datore di lavoro del 16 settembre 2009 (doc. 15).

**C.**

Nel rapporto del 14 ottobre 2009, il dott. C.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, ha esposto la diagnosi di fibromialgia. Ha altresì considerato il tumore benigno ad un'ovaia, l'intervento per tendinite stenotica al pollice destro, l'isterectomia e l'ovariectomia, l'ipotiroidismo, il diabete tipo 2 e l'ipertensione arteriosa siccome senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Secondo il medico, l'esercizio della precedente attività nonché dell'attività di casalinga è esigibile. Il dott. C.\_\_\_\_\_ ha pertanto ritenuto che l'interessata presenta una capacità al lavoro completa, ossia del 100%, sia nella precedente attività sia nel compimento delle mansioni consuete di casalinga (doc. 83).

**D.**

Il 30 ottobre 2009, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'interessata che la domanda di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che il compimento delle mansioni consuete di casalinga nonché l'esercizio di un'attività lucrativa a tempo parziale sono da considerare esigibili in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessata la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto (doc. 84).

**E.**

**E.a** Il 20 novembre 2009 (doc. 102), l'interessata ha segnalato di essere affetta da varie patologie. Ha esibito documenti medici di data intercorrente da aprile a novembre 2009 (alcuni documenti già agli atti; doc. 87 a 101).

**E.b** Nel rapporto del 31 dicembre 2009, il dott. C.\_\_\_\_\_ ha ritenuto che la documentazione medica prodotta conferma (la presenza di) una sindrome dolorosa diffusa nell'ambito di una fibromialgia, senza apportare nuovi elementi clinici. Ha quindi confermato la sua precedente valutazione (doc. 104).

**E.c** Il 3 febbraio 2010 (doc. 106), l'interessata ha esibito documenti medici da ottobre del 2009 a febbraio del 2010 (alcuni documenti già agli atti; doc. 107 a 112).

**E.d** Nel rapporto del 10 marzo 2010, il dott. C. \_\_\_\_\_ ha rilevato che non vi erano motivi per modificare la sua precedente presa di posizione (doc. 114).

**F.**

Il 18 marzo 2010, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurata non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che dagli atti risulta che malgrado il danno alla salute il compimento delle mansioni consuete di casalinga nonché l'esercizio di un'attività lucrativa a tempo parziale sono da considerare esigibili in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 115).

**G.**

Il 20 aprile 2010, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 18 marzo 2010 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità subordinatamente tre quarti, una mezza rendita o perlomeno un quarto di rendita a decorrere da marzo del 2009 (data della richiesta volta all'ottenimento di una rendita). Ha segnalato che le patologie di cui è affetta non le consentono di svolgere alcuna attività lucrativa. Ha esibito documenti medici già agli atti nonché i certificati medici del 10 marzo 2009 ed 11 febbraio 2010, un referto di esami ematici del 15 febbraio 2010, i rapporti di visita oculistica, neurologica ed ematologica del 1°, 5 e 16 marzo 2010 ed un referto di ecografia del 6 marzo 2010 (doc. 4 a 9 e 29; doc. TAF 1).

**H.**

Con decisione incidentale del 28 aprile 2010 (notificata il 5 maggio 2010; doc. TAF 3 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare, entro il 20 maggio 2010, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo spese è stato versato il 12 maggio 2010 (doc. TAF 2 a 4).

**I.**

Nella risposta al ricorso del 26 agosto 2010, l'autorità inferiore ha

proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti medici del 14 ottobre 2009, 31 dicembre 2009 e 10 marzo 2010 del proprio servizio medico (doc. 83, 104 e 114), è stato stabilito che la ricorrente è affetta da fibromialgia, ma che non sussiste alcuna componente psichiatrica importante. L'insorgente è quindi stata ritenuta abile al lavoro in misura completa. Per conseguenza, non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile. L'autorità inferiore ha altresì sottolineato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme per cui si giustifica di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia (è in particolare fatto riferimento alla sentenza DTF 132 V 65). Infine, l'autorità inferiore ha segnalato che – secondo il rapporto medico del 18 agosto 2010 del dott. D.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE (doc. 117) – la documentazione medica prodotta in sede ricorsuale non comporta elementi tali da giustificare un diverso apprezzamento (doc. TAF 8).

## **J.**

**J.a** Nella replica del 15 ottobre 2010, la ricorrente si è riconfermata nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 20 aprile 2010. In particolare, ha segnalato che, conto tenuto delle affezioni di cui soffre nonché dell'età, non si può esigere da lei l'esercizio di un'attività lucrativa (doc. TAF 11).

**J.b** Con provvedimento del 26 novembre 2010, questo Tribunale ha trasmesso all'autorità inferiore per conoscenza la replica dell'insorgente del 15 ottobre 2010 (doc. TAF 12).

## **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<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 cpv. 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 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 136 V 24 consid. 4.3 e DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 24 marzo 2009, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 5a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2008 (cfr. la sentenza del Tribunale federale 8C\_249/2010 del 1° giugno 2009; v. anche la sentenza del Tribunale amministrativo federale C-7550/2010 del 17 agosto 2010).

**3.3.** La ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 24 marzo 2009. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr.

consid. 5.3 del presente giudizio]). Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia 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 LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

La ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 27 anni (doc. 7) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

#### **5.**

**5.1.** L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata,

possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

**5.2.** Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

**5.3.** L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

**5.4.** Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c*).

## **6.**

**6.1.** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito

da valido; metodo generale del raffronto dei redditi). 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. 28a cpv. 2 LAI; metodo specifico). In tale ambito l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività di principio da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; cfr. la sentenza del Tribunale federale I 733/2006 del 16 luglio 2007 consid. 4.2.1 sui presupposti di un'inchiesta domiciliare all'estero). 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. Peraltro, secondo l'art. 28a cpv. 3 LAI, l'invalidità degli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa e per il resto sono dediti allo svolgimento delle proprie mansioni va computata secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi (art. 16 LPGA) per la parte di attività lucrativa, mentre in merito all'impedimento a svolgere le mansioni consuete l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività – da attuare di principio mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97) – conformemente all'art. 27 OAI. In tal caso occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa e quella del compimento degli altri lavori abituali e calcolare il grado d'invalidità globale in funzione dell'impedimento nei due ambiti in questione (metodo misto; cfr. DTF 125 V 148 consid. 2; sentenze del Tribunale federale 9C\_35/2007 del 4 aprile 2008 consid. 2, I 503/04 del 13 settembre 2006 consid. 2, nonché in particolare I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 2 e I 540/02 del 12 maggio 2004 consid. 2).

**6.2.** L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

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

**7.**

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

**7.2.** 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).

**7.3.** 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, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia 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 (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

## **8.**

**8.1.** Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di

giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

**8.2.** In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

**8.3.** Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

**8.4.** Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396). Tenendo conto di diversi

criteri, il perito deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato.

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

## **9.**

**9.1.** Nella fattispecie in esame, occorre determinare se, e a partire da quando, la ricorrente abbia subito, e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% durante un anno giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI.

**9.2.** Dalla documentazione medica agli atti emerge che la ricorrente soffre segnatamente di dolori articolari diffusi ed ha in particolare trascorso un periodo di cura presso una clinica di riabilitazione nel 2001, momento in cui è stata evidenziata la presenza di una fibromialgia (doc. 29), e nel 2004, allorquando sono stati diagnosticati un disturbo dell'adattamento con reazione depressiva prolungata (F 43.21 secondo l'ICD 10) e un disturbo somatoforme panvertebrale persistente ed è stata prescritta l'assunzione di una terapia farmacologica (due farmaci antidepressivi ed un antipsicotico [E.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_, e G.\_\_\_\_\_] e la prosecuzione di una psicoterapia (cfr. relazione medica del 13 settembre 2004 dei dott. H.\_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e neurologia, I.\_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, e J.\_\_\_\_\_, specialista in medicina interna; doc. 35). Nel rapporto medico del 28 aprile 2009 della dott.ssa K.\_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, è altresì evidenziata la diagnosi di sindrome fibromialgica secondaria a sindrome ansioso depressiva (diagnosi attestata anche nel certificato medico del 13 agosto 2009 del dott. L.\_\_\_\_\_, specialista in reumatologia; doc. 95) ed indicato che la paziente lamenta artromialgia diffusa, astenia e disturbi del sonno ed assume un farmaco antidepressivo ([M.\_\_\_\_\_] doc. 76; terapia continuata almeno fino ad agosto 2009 [cfr. doc. 95]). Pure nella perizia

medica E 213 del 27 maggio 2009 (doc. 77), sono state diagnosticate, fra le altre affezioni, un'osteoartrite polifocale, una fibromialgia ed una sindrome ansioso-depressiva.

**9.3.** Il dott. C. \_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, nei rapporti del 14 ottobre 2009, 31 dicembre 2009 e 10 marzo 2010 (doc. 83, 104 e 114), su cui si fonda la decisione impugnata, ha certo rilevato che la ricorrente soffre di dolori articolari e muscolari diffusi con alterazioni degenerative modeste, senza correlazione oggettiva con i disturbi soggettivi. Ha nondimeno precisato che la documentazione medica non fa stato di alcun disturbo psichico e che l'interessata assume invero un farmaco antidepressivo dall'agosto 2009, ma in un dosaggio suscettibile di modulare la percezione del dolore e non di curare una depressione. Detto medico ha quindi concluso che la ricorrente è completamente abile sia nella precedente attività sia nel compimento delle mansioni consuete di casalinga. Il dott. D. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 18 agosto 2010 (doc. 117), ha altresì, e nella sostanza, confermato la valutazione del dott. C. \_\_\_\_\_, anche sulla base della nuova documentazione medica presentata.

#### **9.4.**

**9.4.1.** Ora, secondo giurisprudenza, la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili. Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatoriali o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di

risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi o da una costellazione simile, quali la discordanza tra i dolori descritti ed il comportamento osservato, l'asserzione di dolori intensi le cui caratteristiche rimangono vaghe, l'assenza di una richiesta di cura, le notevoli divergenze fra le informazioni fornite dal paziente e quelle che risultano dall'anamnesi, il fatto che delle lamentele di tipo dimostrativo lascino insensibile l'esperto e l'asserzione di gravi handicap malgrado uno stato psicosociale integro (cfr. DTF 132 V 65 consid. 4.2; sentenza del Tribunale federale I 216/06 del 28 febbraio 2007 consid. 3.1 e I 873/05 del 19 maggio 2006 consid. 4).

**9.4.2.** Una perizia psichiatrica è, di regola, necessaria quando si tratta di pronunciarsi sull'incapacità lavorativa che i disturbi da dolore somatoforme/fibromialgia sono in grado di causare (DTF 130 V 353 consid. 2.2.2). Sebbene la diagnosi di fibromialgia sia posta da uno specialista reumatologo, occorre pure esigere il concorso di uno specialista in psichiatria, tanto più che i fattori psicosomatici hanno un'influenza determinante sullo sviluppo di detta patologia. Secondo giurisprudenza, una perizia pluridisciplinare che tenga conto sia degli aspetti reumatologici che degli aspetti psichici sembra costituire di principio una misura d'istruzione adeguata al fine di stabilire se l'assicurato presenta uno stato doloroso di una gravità tale che la messa a profitto della sua capacità al lavoro in un mercato del lavoro equilibrato non sia più esigibile o lo sia solo parzialmente. Fanno tuttavia eccezione i casi nei quali il reumatologo che si è pronunciato sulle affezioni somatiche sia in grado di accertare, mediante riscontri medici oggettivi, che i criteri determinanti non sono adempiuti, o perlomeno non lo sono in misura sufficiente, per concludere ad un'incapacità al lavoro (cfr. DTF 132 V 65 consid. 4.3; sentenza del Tribunale federale I 652/04 del 3 aprile 2006 consid. 2.3).

**9.5.** Nonostante sia stata evidenziata la presenza di una fibromialgia e di un disturbo psichico (vuoi un disturbo dell'adattamento con reazione depressiva prolungata [F43.21 secondo l'ICD 10] vuoi una sindrome ansioso depressiva; v. doc. 29, 35, 76, 77 e 95), agli atti di causa non figura alcuna perizia pluridisciplinare comprendente una valutazione reumatologica ed una valutazione psichiatrica conformi ai criteri

giurisprudenziali (v. considerando 8 del presente giudizio [valutazione comprendente l'anamnesi, l'evoluzione della malattia, lo stato di salute, la diagnosi, la prognosi, la durata e il tipo del trattamento, la frequenza delle sedute, i farmaci, lo stato psichico, la capacità lavorativa]). I certificati medici di aprile ed agosto 2009 dei dott. K. \_\_\_\_\_ e L. \_\_\_\_\_ (doc. 76 e 95), che invero sono dei reumatologi, nella misura in cui contengono certo delle indicazioni sull'anamnesi, sui disturbi lamentati e su alcuni medicinali, ma non si pronunciano assolutamente, fra l'altro, sulle conseguenze sulla capacità lavorativa delle affezioni reumatologico-psichiatriche riscontrate, non permettono di statuire sull'(eventuale) incidenza delle affezioni reumatologica e psichica diagnosticate. Certo, nella perizia medica particolareggiata E 213 del maggio 2009 (doc. 77), il medico incaricato dell'esame ha indicato che l'insorgente è in grado di svolgere, e a tempo pieno, sia il suo ultimo lavoro sia un lavoro sostitutivo adeguato alle sue condizioni (doc. 77 pag. 9 n. 11.4 a 11.6). Non è tuttavia possibile attribuire pieno valore probatorio a detto rapporto medico, dal momento che lo stesso non appare redatto da uno specialista reumatologo o psichiatra e che l'esame reumatologico e psichiatrico è estremamente generico (v. doc. 77 pag. 3 e 4 n. 4.1 e 4.8 a 4.12)

**9.6.** Visto quanto precede, l'autorità inferiore non poteva sulla base di una generica considerazione dei dott. C. \_\_\_\_\_ e D. \_\_\_\_\_, specialisti in medicina generale (medici che peraltro non hanno visitato personalmente la ricorrente, ma si sono basati unicamente sui referti medici messi a loro disposizione), secondo i quali l'insorgente soffre di una sindrome dolorosa diffusa nell'ambito di una fibromialgia, ma senza presenza di una comorbidità psichiatrica (cfr. rapporti del 31 dicembre 2009 e del 18 agosto 2010 [doc. 104 e 117]), negare ogni effetto invalidante alla diagnosi reumatologica e psichiatrica espressa da altri medici, fra cui degli specialisti in reumatologia (i dott. K. \_\_\_\_\_ e L. \_\_\_\_\_), senza prima raccogliere il giudizio di uno specialista in reumatologia e di uno specialista in psichiatria. Infatti, solo una valutazione specialistica espressa da uno psichiatra e da un reumatologo avrebbe potuto stabilire se la descritta sindrome fibromialgica secondaria a sindrome ansioso depressiva poteva assumere valore patologico avente incidenza significativa sulla capacità lavorativa sia nella precedente attività sia nel compimento delle mansioni consuete di casalinga nel periodo determinante (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4 e relativi riferimenti).

## **10.**

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata – che viola il

diritto federale (accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti) – incorre nell'annullamento.

#### 11.

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 (cfr. sentenza del Tribunale amministrativo federale C-4408/2009 del 1° settembre 2011 consid. 10). 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 a completare l'accertamento dei fatti determinanti, di principio con una perizia interdisciplinare reumatologico-psichiatrica, ma comunque con un esame specialistico sullo stato di salute psichico della ricorrente, esame che non è mai stato effettuato e ciò benché la problematica psichica sia stata rilevata, come precedentemente indicato, già anteriormente all'emanazione della decisione impugnata. Dovrà poi essere effettuato ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute della ricorrente dovesse rendere necessario. Inoltre, l'autorità inferiore dovrà, tenuto conto dello statuto non contestato ritenuto per la ricorrente (attiva all'80% in un lavoro ed al 20% nelle consuete mansioni domestiche), applicare la giurisprudenza del Tribunale federale di cui alla sentenza I 733/06 del 16 luglio 2007 (in particolare consid. 4.2.1 e relativi riferimenti) per quanto attiene all'accertamento dei fatti determinanti riguardanti la casalinga. In tale contesto, non va dimenticato che nella misura in cui dovesse essere possibile rinunciare ad un'inchiesta domiciliare, l'apprezzamento medico riguardante l'incapacità lavorativa della ricorrente per l'attività di casalinga dovrà essere accompagnato da un'adeguata motivazione. In altri termini, preferibilmente dopo avere udito la ricorrente, il medico dovrà determinarsi in modo circostanziato e dettagliato sulle limitazioni allegate dall'insorgente e spiegare i motivi per cui si discosta dalle indicazioni fornite dalla stessa. Infine, e se del caso, l'UAIE applicherà anche la giurisprudenza concernente le possibili interazioni nell'ambito della valutazione dell'invalidità secondo il metodo misto (DTF 134 V 9). Peraltro, e tenuto conto dell'istruttoria deficitaria da parte dell'UAIE, il rinvio all'autorità inferiore per pronuncia di un nuovo giudizio dopo completamento dell'istruttoria è compatibile con la più

recente giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4.

## **12.**

**12.1.** Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 300.--, versato il 12 maggio 2010, è restituito alla ricorrente.

**12.2.** Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatarî professionali, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 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]). L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'500.--, tenuto conto del lavoro effettivo, relativamente contenuto, svolto dai patrocinatori della ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

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

#### **1.**

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 18 marzo 2010 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed emani una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

#### **2.**

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 300.--, corrisposto il 12 maggio 2010, è restituito alla ricorrente.

#### **3.**

L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 1'500.-- a titolo di spese ripetibili.

#### **4.**

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio: La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

### **Rimedi giuridici:**

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, 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: