



---

Corte III  
C-3873/2008  
{T 0/2}

## **Sentenza del 29 ottobre 2009**

---

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),  
Johannes Frölicher, Francesco Parrino,  
cancelliere Dario Quirici.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
patrocinata dall'avvocato Roberto Coppola,  
corso Vittorio Emanuele 8, IT-83100 Avellino,  
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli  
assicurati residenti all'estero UAIE,**  
avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,  
1211 Ginevra 2,  
autorità inferiore.

---

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione dell'8 maggio 2008).

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

A.\_\_\_\_\_, cittadina italiana nata il (...), coniugata e madre di tre figli, ha lavorato in Svizzera come operaia dal 1967 al 1992, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Il 31 gennaio 2007, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurata ha inoltrato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), una domanda per l'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'assicurata beneficia di una pensione italiana per invalidi civili dal 2001 (doc. 1 a 7).

**B.** Nell'ambito dell'istruzione della domanda di rendita, l'UAIE ha acquisito, tra gli altri, i documenti seguenti:

- il questionario per l'assicurata, del 19 dicembre 2007, nel quale quest'ultima ha dichiarato, in particolare, di non aver esercitato nessuna attività lavorativa negli ultimi tre anni e di soffrire di malattie neurologiche ed ortopediche (doc. 10),

- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica, del 19 dicembre 2007, dal quale si evince, in particolare, che l'economia domestica dell'assicurata si compone di due persone, viventi in uno spazio di tre locali, e che le mansioni casalinghe vengono svolte da membri della sua famiglia, durante venti ore alla settimana (doc. 9),

- diversa documentazione medica, dal 2001 al 2007, in parte di difficile lettura, facente stato di molteplici diagnosi, quali poliartrosi, epatopatia, duodenopatia, anemia, spondiloartrosi, una verosimile sindrome del tunnel carpale ed un gozzo multinodulare (doc. 11 a 45),

- una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. C.\_\_\_\_\_, dell'8 giugno 2007, nella quale si evidenzia la diagnosi d'epatopatia cronica a verosimile genesi virale, attualmente in buon compenso, di severa e diffusa poliartrosi e di gozzo multinodulare, con un grado d'invalidità generale del 52% e la capacità di svolgere un lavoro adeguato alle sue condizioni (doc. 42).

**C.**

L'UAIE ha quindi sottoposto l'incarto per apprezzamento al proprio servizio medico, nella persona del dott. L.\_\_\_\_\_. Nel suo rapporto del 13 febbraio 2008, quest'ultimo ha ritenuto quale diagnosi principale una diffusa poliartrosi e coxartrosi bilaterale, nonché degli esiti da epatite B e un gozzo multinodulare benigno, con un'incapacità lavorativa dell'8% per le mansioni domestiche (doc. 47 e 47.1).

Il 19 febbraio 2008 l'UAIE ha così emesso un progetto di decisione, con il quale ha manifestato all'assicurata l'intenzione di respingere la domanda di rendita, accordandole nel contempo un termine di trenta giorni per presentare eventuali obiezioni (doc. 48).

L'assicurata non ha formulato osservazioni, per cui l'UAIE ha emanato, l'8 maggio 2008, una decisione di rigetto della domanda di rendita (doc. 49).

**D.**

Contro questa decisione, rappresentata dall'avvocato Coppola, l'assicurata ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 5 giugno 2008, chiedendo il riconoscimento del suo diritto ad una rendita d'invalidità a far data dalla presentazione della domanda e, in via subordinata, l'esecuzione di una perizia medica. La ricorrente ha trasmesso nel contempo della documentazione medica, tra cui un rapporto del dott. DM.\_\_\_\_\_, del 10 marzo 2008, in cui si attesta che è stato eseguito un impianto THA (Total Hip Arthroplasty o artroplastica totale dell'anca) a livello dell'anca destra, ed un referto neurologico del dott. S.\_\_\_\_\_, del 17 aprile 2008, in cui si riferisce la presenza di note ansiose e l'assenza di deficit neurologici.

Chiamato a pronunciarsi sulla nuova documentazione medica, il dott. L.\_\_\_\_\_ ha constatato, nel suo rapporto del 10 ottobre 2008, che essa non apporta alcun nuovo elemento diagnostico, per cui l'apprezzamento dello stato di salute della ricorrente rimane invariato (doc. 51).

L'UAIE ha risposto al ricorso il 28 ottobre 2008, riferendosi in particolare all'ultima presa di posizione del dott. L.\_\_\_\_\_, ed ha proposto di respingerlo e di confermare quindi la decisione impugnata.

La ricorrente ha replicato il 5 dicembre 2008, riconfermando la

richiesta di riconoscimento del suo diritto ad una rendita d'invalidità, ed ha prodotto una relazione di consulenza medico-legale del dott. A.\_\_\_\_\_, del 28 novembre 2008, nella quale è posta la diagnosi di epatopatia cronica, poliartrosi diffusa, bronchite cronica, cefalea, vertigini, gozzo multinodulare, falda di versamento intra-articolare del ginocchio sinistro, impianto THA a livello dell'anca destra, coxum profundum e stato ansioso, con un'inabilità lavorativa del 100% per qualsiasi attività.

Il dott. L.\_\_\_\_\_ ha preso posizione sulla detta relazione di consulenza medico-legale, con rapporto del 26 gennaio 2009, dal quale si evince che essa non rivela nuovi elementi diagnostici, salvo uno stato ansioso, il quale non è però mai stato menzionato in precedenza e non è reso plausibile, per cui la valutazione medica del caso rimane immutata.

L'UAIE ha duplicato il 29 gennaio 2009, facendo riferimento all'ultimo rapporto del dott. L.\_\_\_\_\_, ed ha riconfermato le proprie conclusioni (doc. 53).

#### **E.**

Con decisione incidentale dell'11 febbraio 2009, questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Il relativo versamento è stato effettuato il 9 marzo 2009.

#### **Diritto:**

##### **1.**

**1.1** In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), 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 all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

**1.2** Secondo l'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.

**1.3** Conformemente all'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. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

**1.4** In concreto, il ricorso è ammissibile, nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 300.- relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

## **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 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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

**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.**

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

### **4.**

La ricorrente ha contestato la validità materiale della decisione

dell'UAIE, chiedendo che le sia riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità.

#### **5.**

Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI, nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007, precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta.

In concreto, la ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 31 gennaio 2007. Questo Tribunale può quindi limitarsi ad esaminare se la ricorrente abbia diritto ad una rendita il 31 gennaio 2006 (ossia dodici mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e l'8 maggio 2008, data della decisione dell'UAIE. 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.**

Secondo le norme applicabili, 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, ad un'assicurazione sociale assimilata (Foglio federale/FF p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea o dell'Associazione europea di libero scambio, durante un anno intero almeno, rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante almeno tre anni, di cui almeno uno in Svizzera (art. 36 LAI).

In concreto, è pacifico che la ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di tre anni 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 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

**7.2** L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). 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 ( art. 29 cpv. 4 LAI a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

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

LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

**7.4** Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

**7.5** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI dal 1° gennaio 2008), 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, 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. 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.

**7.6** Occorre precisare che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le proprie 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 proprie mansioni consuete (art. 5 e 28 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI [art. 28a cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008] 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 S.\_\_\_\_\_ dell'assicurato viene determinato valutando se lo stesso, da sano, 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 dove 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).

**7.7** In concreto, dall'incarto risulta che la ricorrente ha smesso di lavorare in Svizzera nel 1992 e che, da allora, non ha più svolto nessuna attività lucrativa (doc. 1, 8 e 9). Di conseguenza, appare giustificato applicare, per calcolare il grado d'invalidità, il metodo di valutazione relativo alle persone senza attività lucrativa, piuttosto che il metodo generale, come peraltro correttamente ammesso dall'UAIE.

**7.8** 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).

## **8.**

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). 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). 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).

## **9.**

**9.1** In concreto, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia E 213 del dott. C.\_\_\_\_\_, medico dell'INPS, dell'8 giugno 2007 (doc. 42), risulta la diagnosi d'epatopatia cronica, di poliartrosi e di gozzo multinodulare. A ciò si aggiungono degli esiti da impianto THA a livello dell'anca destra, come evidenziato dal rapporto del dott. DM.\_\_\_\_\_, del 10 marzo 2008.

Visto il carattere univoco di questa diagnosi, il collegio giudicante non intravede nessun motivo per discostarsene.

Ciò stante, nel referto neurologico del dott. S.\_\_\_\_\_, del 17 aprile 2008, è riportata la presenza di note ansiose, senza nessuna spiegazione di sorta riguardo alla loro genesi, alla loro evoluzione ed alla loro intensità. A questo proposito, il dott. Lehmann, medico dell'UAIE, ha rilevato, nel suo rapporto del 26 gennaio 2009 (doc. 53), che questa affezione non è menzionata in nessun altro rapporto agli atti e che non è dato di sapere se è sottoposta a terapia, per cui non appare credibile che essa presenti un carattere invalidante. Inoltre, nella perizia E 213, benché risalente al giugno 2007, le condizioni psichiche e il tono dell'umore della ricorrente erano stati definiti normali.

**9.2** Per costante giurisprudenza, le affezioni appena menzionate sono di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Così, nell'assenza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile l'art. 29 cpv. 1 let. a LAI (nella versione in vigore fino al 31

dicembre 2007), per cui può entrare in considerazione solo la lettera b della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante almeno un anno.

#### 10.

Il dott. C.\_\_\_\_\_ ha fissato, nella perizia E 213, un grado d'invalidità generale del 52%, ritenendo la ricorrente in grado di svolgere lavori leggeri, come pure la sua ultima attività d'operaia nell'industria alimentare a tempo pieno. Dal punto di vista neurologico, egli ha osservato dei movimenti (forza e tono muscolare) e un'andatura normali ed ha rilevato un deficit funzionale discreto a livello del rachide lombosacrale e lieve a livello delle ginocchia.

Dal canto suo, il medico dell'UAIE ritiene, nella sua presa di posizione del 13 febbraio 2008 (doc. 47), che la ricorrente presenta un grado d'invalidità dell'8% quale casalinga. Egli osserva che l'assicurata ha sofferto, nel 2001, di un'epatite B, la quale attualmente risulta essere guarita, visti i risultati degli esami eseguiti che evidenziano un fegato di volume normale (ecografia addome completo del 5 giugno 2007) e dei valori di laboratorio pure nella norma (analisi del 7/8 marzo 2007); per quanto concerne la poliatrosi, egli rileva che tale affezione è clinicamente irrilevante tenuto conto delle costatazioni del Dott. C.\_\_\_\_\_. Chiamato ad esprimersi in merito alla documentazione esibita in sede di ricorso, il medico dell'UAIE ha osservato che l'intervento per protesi dell'anca si è svolto normalmente e che gli esiti di tale intervento influiscono solo limitatamente sulla capacità della ricorrente a svolgere le mansioni di casalinga per un'economia domestica composta da due persone. Per il resto vengono solo menzionate le conosciute manifestazioni degenerative dell'apparato locomotorio. Egli ha considerato che le affermazioni riportate nel questionario per assicurati occupati nell'economia domestica (doc. 9), secondo le quali praticamente tutte le attività di casalinga non possono essere eseguite dalla ricorrente, non sono plausibili .

Ora, se è vero che dal formulario per gli assicurati occupati nell'economia domestica, compilato dalla ricorrente stessa, si evince che quest'ultima non sarebbe in grado di svolgere alcuna mansione domestica, il Tribunale può tuttavia concludere, sulla base della

documentazione medica agli atti, che, ad eccezione dei lavori che richiedono uno sforzo fisico, la ricorrente è in grado di compiere le normali mansioni di casalinga in una misura che esclude il diritto a prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità svizzera.

#### **11.**

È necessario a questo punto ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

Secondo la giurisprudenza, questo obbligo vale anche per le casalinghe invalide. Infatti, una casalinga invalida deve organizzarsi in modo tale da ridurre gli effetti del proprio impedimento, adottando le misure che prenderebbe una persona ragionevole nella sua stessa situazione, per potere sbrigare le faccende domestiche nel modo più completo e indipendente possibile. Se una casalinga invalida può svolgere certi lavori domestici solamente con fatica e impiegando molto più tempo del solito, deve rivolgersi ai propri familiari, affinché l'aiutino nel limite del possibile. La perdita di guadagno che subisce una casalinga invalida può essere compensata unicamente se l'esecuzione delle faccende domestiche avviene da parte di terzi contro remunerazione oppure, se essa avviene da parte dei familiari, qualora questi subiscano una perdita pecuniaria o debbano fare uno sforzo sproporzionato. Nel quadro della valutazione del grado d'invalidità di una casalinga, l'assistenza dovuta dai familiari va perciò oltre alla misura di ciò che è usuale quando non sussiste nessun danno alla salute (DTF 133 V 504 consid. 4.2).

#### **12.**

Di conseguenza, in applicazione delle norme legali e della giurisprudenza sopra citate, la decisione impugnata dell'8 maggio 2008 deve essere confermata e il ricorso respinto.

**13.**

**13.1** Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente.

In concreto, visto l'esito della procedura che vede la ricorrente soccombere, le spese processuali di Fr. 300.- sono poste a carico di quest'ultima e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 9 marzo 2009.

**13.2** In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili).

Visto l'esito della procedura, non si assegnano alla ricorrente indennità per spese ripetibili.

Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del Regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

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

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Le spese processuali di Fr. 300.- sono poste a carico della ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 9 marzo 2009.

**3.**

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione:

- al rappresentante della ricorrente (Raccomandata A/R);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

**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 (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: