



Corte III
C-5098/2008
{T 0/2}

Sentenza del 30 novembre 2009

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Beat Weber, Madeleine Hirsig;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avvocato Rodolfo Barsi,
viale O. Quarta 16, IT-73100 Lecce,
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 luglio 2008)

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il , ha lavorato in Svizzera dal 1984 al 2001 come portinaia a tempo limitato (8 ore settimanali) con una retribuzione ultima di Fr. 500.- mensili (doc. 9, 30). Dopo il rimpatrio, non ha più svolto attività lucrativa dedicandosi ai lavori della propria economia domestica composta da due persone (doc. 10, 11).

In data 20 novembre 2007, A._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 4).

B.

La richiedente è stata visitata il 15 gennaio 2008 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale delle previdenza sociale (INPS) di Casarano, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di *"ipoacusia medio-grave bilaterale parzialmente corretta con protesi acustiche, artrosi del rachide ad incidenza funzionale moderata, rettocolite ulcerosa in fase di quiescenza in trattamento, bronchite asmatiche in soggetto con neurodermite atopica"* ed ha posto un tasso d'invalidità del 60% (doc. 29). Sono stati esibiti documenti oggettivi, in particolare:

- un certificato del medico curante in Svizzera Dott. Hammer del 1° giugno 1986 attestante problemi di neurodermite atipica in cura (doc. 12);
- i risultati di un'ecografia pelvica del 1° gennaio 2000 e un breve rapporto di visita dermatologica del 22 aprile 2002 (doc. 13, 14);
- i risultati di un'audiometria del 7 maggio 2002 ed un'altra del 16 febbraio 2004 con breve rapporto d'esame otorinolaringoiatrico di stessa data (doc. 15, 19, 20);
- un rapporto radiologico colonna dorsale e lombosacrale del 6 febbraio 2004 (doc. 18);
- un rapporto d'esame colonscopico del 3 marzo 2004 con i risultati istologici dell'11 marzo (doc. 21, 22);
- un breve rapporto neuropsichiatrico del 3 ottobre 2007 (doc. 26);

- un reperto radiologico colonna lombosacrale e cervicale del 14 gennaio 2008 (doc. 27);

- un cartella audiologica del 21 gennaio 2008 con la prescrizione della protesi uditiva (doc. 28, 28.1).

Nel questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica, la nominata fa presente di non essere in grado di svolgere praticamente nessuno dei lavori di casa (doc. 10).

C.

L'incarto è stato sottoposto in esame al Dott. Bögershausen, del servizio medico regionale "Rhône" dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), il quale, nella sua relazione dell'11 giugno 2008, ha affermato che l'assicurata potrebbe svolgere la sua attività di casalinga in misura completa (doc. 31).

Con progetto di decisione del 17 giugno 2008, l'UAIE ha informato, il Patronato ENCAL di Patù, già regolare rappresentante di A._____, che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 32).

Detto rappresentante, con la risposta del 25 giugno 2008, ha riaffermato la richiesta di prestazioni (doc. 33).

Mediante decisione dell'8 luglio 2008, l'UAIE ha respinto la richiesta di rendita (doc. 34).

D.

Con il ricorso depositato il 30 luglio 2008, A._____, regolarmente rappresentata dallo studio legale Barsi & Papadia di Lecce, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni produce, oltre a documentazione già ad atti o non recenti, un certificato medico del 13 novembre 2007 (Dott. Santoro), un rapporto del 25 luglio 2008 di carattere ortopedico (Dott. De Carlo) ed un rapporto d'esame psichiatrico (breve) del 27 febbraio 2008.

E.

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott.

Lehmann, del proprio servizio medico, il quale, nella sua relazione del 21 novembre 2008, ha sostenuto che la documentazione esibita non comprova alcuna invalidità di rilievo in ambito lavorativo casalingo (doc. 37).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 27 novembre 2008, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

Con ordinanza del 5 dicembre 2008, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha invitato il rappresentante dell'insorgente a volersi pronunciare in merito alle osservazioni dell'amministrazione e ad altra documentazione di rilievo, entro 30 giorni dalla ricezione dell'ordinanza stessa. L'interpellato non ha esercitato il suo diritto di replica.

Con decisione incidentale del 5 febbraio 2009, il TAF ha invitato la parte ricorrente a voler versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato regolarmente versato il 19 febbraio successivo.

Diritto:

1.

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

2.

2.1 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1

LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

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

2.3 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). La ricorrente ha versato un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

3.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle

condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

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

4.

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

5.

La ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 20 novembre 2007. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 20 novembre 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e l'8 luglio 2008, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2).

6.

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera.

- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), per un anno, rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante almeno tre anni di cui almeno uno in Svizzera (art. 36 LAI).

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

7.

7.1 In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

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

7.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008,

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

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

7.5 Per gli art. 5 LAI ed 8 cpv. 3 LPGGA gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete.

8.

8.1 Dopo il rimpatrio, l'interessata non ha più svolto attività lucrativa e si è dedicata ai lavori della propria economia domestica, composta da due persone.

8.2 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). 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; 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).

8.3 Ai fini del presente giudizio occorre precisare che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPG, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 5 e 28 cpv. 2^{bis} nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007 e art. 8 cpv. 3 LPG). L'art. 27 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201) precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

9.

9.1 Nel caso in esame, in sede d'istruttoria, è stata evidenziata la diagnosi di ipoacusia mediograde bilaterale parzialmente corretta con protesi acustiche, artrosi del rachide ad incidenza funzionale moderata, rettocolite ulcerosa, bronchite asmatiforme, neurodermite atopica, segni di ansia (cfr. perizia medica particolareggiata del 15 gennaio 2008, doc. 29). In sede di ricorso i Dott.ri De Carlo e Santoro non pongono in evidenza ulteriori patologie, mentre il Dott. Cesi nel suo rapporto del 27 febbraio 2008 ha diagnosticato una sindrome ansioso-depressiva con disturbi di somatizzazione e spunti fobici (agorafobia).

9.2 Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007). Trattasi, infatti, di malattie

che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare.

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

10.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 60% ed annota che la paziente sarebbe in grado di svolgere lavori leggeri. Dal canto loro, i medici dell'UAIE, Dott.ri Bögershausen e Lehmann, negano il requisito dell'incapacità al lavoro, nell'ambito casalingo, di livello pensionabile.

10.2 Il servizio medico dell'UAIE ritiene che non sussista alcuna incapacità al lavoro di livello invalidante, ossia un tasso d'invalidità dello zero per cento, nonostante che vengano menzionati ben tre elementi diagnostici con influenza sulla capacità di lavoro (in ambito domestico) dell'assicurata. Infatti, il Dott. Bögershausen indica la colite ulcerosa, le difficoltà uditive ed il complesso degenerativo della colonna lombovertebrale come patologie con influenza sulla capacità di lavoro e, dopo aver detto questo, mal si comprende come ponga qualche riga dopo, un tasso d'invalidità nullo (doc. 31 pag. 2/3).

Dal punto di vista materiale, manca un rapporto d'esame ortopedico dettagliato. La descrizione di cui al punto 4.8 dell'E 213 è estremamente succinta e poco significativa. Si rilevano poi delle contraddizioni con quanto esposto dal Dott. De Carlo (ortopedico) nel rapporto del 25 luglio 2008 (sede ricorsuale) segnatamente per quel che si riferisce alla manovra di Lasègue (positiva secondo il Dott. De Carlo, negativa secondo il medico dell'INPS) ed altre limitazioni funzionali. Ora, contrariamente a quanto afferma il Dott. Lehmann (doc. 37), il quadro debilitante esposto dal Dott. De Carlo è ben differente da quello rilevato in sede dell'INPS.

Va ancora rilevato che non può essere condiviso il parere del Dott. Bögershausen volto ad inserire la patologia psichica nella categoria delle affezioni non aventi carattere invalidanti. In realtà, questa forma morbosa è stata poco e/o male investigata. L'assicurata presenta comunque un quadro di sindrome ansioso-depressiva caratterizzato da fobie multiple e disturbi da somatizzazione (rapporto del Dott. Cesi), per cui un tasso d'invalidità dello zero per cento appare poco credibile. Ora, l'incarto non contiene alcuna perizia psichiatrica approfondita, a parte succinti referti. Di regola, un rapporto psichiatrico, per avere valore probante, deve contenere l'anamnesi, l'evoluzione della malattia, lo stato attuale, la diagnosi, la prognosi, la durata ed il tipo di trattamento (con il dosaggio), la frequenza delle sedute specialistiche. In modo specifico, il rapporto stesso dovrebbe fornire delle indicazioni sullo stato psichico (aspetto, atteggiamento, orientamento spazio-temporale, conservazione della memoria, capacità di concentrazione, facoltà di comprensione, d'interpretazione e di percezione), nonché tutti quei riscontri che permettono di individuare elementi di carattere patologico ed eventuali test psichiatrici.

10.3 Quando il parere del medico dell'UAIE diverge dagli altri giudizi e/o non può essere fondato su documentazione oggettiva avente la qualità di prova, occorre procedere ad una nuova investigazione medica. Infatti, è compito del consulente del servizio medico dell'UAIE stabilire in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue capacità psicofisiche, attenendosi unicamente alle funzioni importanti relative alle attività lavorative che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto (art. 49 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI, RS 831.201]).

11.

11.1 Può ancora essere osservato che la valutazione del lavoro domestico si basa sulle indicazioni della richiedente stessa, le quali sono controllate in una certa misura dall'amministrazione. Il risultato è necessariamente una valutazione esaminata dall'UAIE (o dal giudice in caso di ricorso) alla luce delle perizie mediche ad atti. Il controllo richiede che ogni punto della valutazione sia stato determinato con cura e precisione. Il risultato in percentuale che si ottiene non può essere arrotondato (DTF 127 V 129 consid. 5a; VSI 2001 p. 265).

11.2 Ora, la richiedente ha compilato il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica il 15 aprile 2008, ma tale documento è stato completamente ignorato sia dal medico dell'UAIE che dall'amministrazione stessa. Segnatamente, manca l'analisi punto per punto che normalmente, in base alle apposite direttive federali in materia d'invalidità (cifre 3093 fino a 3098), il medico dell'Ufficio AI deve svolgere (cfr. anche sentenza del Tribunale federale del 22 marzo 2002, I 423/01, consid. 2b).

12.

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

12.2 L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica dal novembre 2006 (un anno precedente la domanda di rendita) fino alla data dell'impugnata decisione (8 luglio 2008). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile.

A tale fine la ricorrente dovrà essere sottoposta ad accertamenti approfonditi in ortopedia, psichiatria, gastroenterologia e dermatologia. Si richiederà inoltre un E 213 aggiornato. L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE, il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro fra il novembre 2006 e l'otto luglio 2008 in merito alla sua capacità di attendere alle usuali incombenze domestiche.

13.

13.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo di Fr. 300.- versato dall'insorgente il 19 febbraio 2009 le viene restituito.

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

Nel caso in esame, viste la memoria di ricorso, nonché la documentazione esibita, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 800.-, da porre a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata l'impugnata decisione dell'8 luglio 2008, l'incarto è rinviato all'autorità inferiore perché proceda ai sensi del considerando 12 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali e l'anticipo di Fr. 300.- versato dalla ricorrente il 19 febbraio 2009 le viene restituito.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 800.-, la quale è posta a carico dell'Ufficio AI intimato.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono 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 ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: