



Corte III
C-5315/2007
{T 0/2}

Sentenza del 28 maggio 2009

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Stefan Mesmer, Beat Weber,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avvocato Marco Doria,
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
9 luglio 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il (...), coniugata con una figlia, ha lavorato in Svizzera come operaia nel settore metallurgico dal 1969 al 1981 (doc. 3 e 11), solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 8). Rientrata in Italia, si è dedicata ai lavori della propria economia domestica (doc. 11). L'11 maggio 2006, 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:

- il questionario per l'assicurato del 15 dicembre 2006, nel quale l'assicurata ha dichiarato di non esercitare alcuna attività lavorativa (doc. 11);
- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica del 15 dicembre 2006, 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 della figlia) (doc. 12);
- il verbale della Commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile di B._____ del 4 aprile 1989, nel quale è accertata la diagnosi di broncopatia cronica con deficit respiratorio, spondilodiscoartrosi deformante diffusa, gonartrosi nonché note di miocardiopatia ipertensiva e l'interessata è considerata invalida nella misura dell'80% (doc. 13);
- il diario clinico del 22 agosto 1996 della Sezione antidiabetica dell'Azienda ospedaliera "C._____" di B._____ (doc. 14 e 14.1);
- un referto di esame eco-color-doppler arterioso e venoso arti inferiori del 25 settembre 1997 (doc. 15);

- un referto di esame elettrocardiografico e di esame ecocardiodoppler del 13 gennaio 2000 (doc. 16);
- un certificato medico del 19 gennaio 2000 (mal leggibile), da cui appare la diagnosi segnatamente di cervicalgia cronica, lombosciatalgia bilaterale e gonartrosi (doc. 17);
- un certificato medico del 27 gennaio 2000, secondo cui la paziente è affetta segnatamente da incontinenza urinaria da stress (doc. 18);
- un referto di esame RX (torace, cervicale, dorsale, lombosacrale, ginocchio dx, ginocchio sn) del 27 gennaio 2000 (doc. 19);
- un certificato medico del 2 febbraio 2000 (mal leggibile), in cui è evidenziata la diagnosi segnatamente di cervicalgia cronica, lombosciatalgia e gonartrosi bilaterale (doc. 20);
- un referto di esame urodinamico del marzo 2000 (doc. 21 e 21.1);
- un referto di esame RX (torace) del 16 gennaio 2001 (doc. 22);
- un certificato medico del 14 dicembre 2001, giusta il quale l'interessata presenta segnatamente abbassamento del tono dell'umore, insonnia persistente nonché apatia riferibili verosimilmente ad un disturbo depressivo persistente e che l'interessata (in cura da circa due anni) risente scarsamente dell'azione farmacologica dei comuni antidepressivi (doc. 23);
- un referto di visita specialistica fisiatrice del 5 ottobre 2004, da cui emerge la diagnosi di cervico-dorsalgia cronica riacutizzata (doc. 24);
- un referto di esame RX (C-D-LS) del 27 dicembre 2004 (doc. 25);
- un referto di esame cardiovascolare (R.O.C., R.O.T. ed ecocardioppler M B) del 12 maggio 2005, da cui appare la diagnosi di cardiosclerosi ipertensiva in ipertesa III stadio (doc. 26);

- un certificato medico del 12 maggio 2005, attestante che la paziente presenta segnatamente abbassamento del tono dell'umore, persistente da parecchi anni (oltre 10), con apatia, astenia nonché insonnia in un contesto depressivo endoreattivo grave (doc. 27);
- il referto del test di funzione respiratoria del 15 marzo 2006, in cui è evidenziata la diagnosi di incapacità ventilatoria di tipo ostruttivo (doc. 28);
- un certificato medico del 16 marzo 2006, da cui emerge che la paziente è affetta segnatamente da incontinenza urinaria, unitamente al referto di esame urodinamico (doc. 29 a 29.3);
- un certificato medico del 17 marzo 2006 del Centro di salute mentale di D._____, in cui è, da un lato, descritto un quadro clinico comprendente diabete mellito, cardiopatia ipertensiva, vasculopatia cerebrale con vertigini, disturbi dell'equilibrio e della marcia nonché disturbo dell'umore depresso (da dieci anni) e, dall'altro lato, posta la diagnosi di depressione endogena grave (doc. 30);
- un referto di esame ematico del 28 marzo 2006 (doc. 31);
- un certificato medico del 27 aprile 2006, secondo cui l'interessata presenta segnatamente astigmatismo, presbiopia e note di retinopatia diabetica ed ipertensiva (doc. 32 e 32.1);
- il rapporto del 24 maggio 2006 concernente la perizia medica particolareggiata (formulario E 213) della previdenza sociale italiana effettuata il 17 maggio 2006, attestante ipertensione arteriosa con segni strumentali di secondario interessamento cardiaco, diabete mellito NID con iniziale retinopatia, spondiloartrosi a modico impegno funzionale, broncopatia cronica ostruttiva, insufficienza venosa AA II non complicata, depressione con note d'ansia. L'interessata è stata considerata, da un lato, in grado di svolgere regolari lavori leggeri, ma non il suo ultimo lavoro quale operaia né un lavoro adeguato a tempo pieno (due ore al giorno). È stato segnalato che l'assicurata è considerata invalida all'80% conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza sia nella precedente attività (operaia nel settore metallurgico) che in un'attività adeguata

alle sue condizioni (lavoro sedentario, senza ritmi particolarmente stressanti e che tenga conto delle seguenti controindicazioni: umidità, freddo, fumo, gas, vapori, lavoro notturno, lavoro a turni, rischio di cadute, frequenti flessioni, trasporto e sollevamento pesi nonché salita di piani inclinati, scale o scale a pioli) (doc. 33).

C.

Nel suo rapporto del 23 aprile 2007, il dott. E._____, medico dell'UAIE, ha esposto la diagnosi di ipertensione, diabete mellito II, bronchite cronica, leggere alterazioni degenerative alla colonna vertebrale, note d'umore depresso nonché incontinenza da stress. Ha altresì rilevato che l'assicurata (59 anni, casalinga) soffre di disturbi alla schiena ed è in cura per ipertensione, diabete tipo II e bronchite cronica. A giudizio del dott. E._____, né il formulario E 213 del 17 maggio 2006 né i più recenti referti medici riferiscono di limitazioni funzionali patologiche. Non emergerebbero pertanto elementi clinici tali da ritenere che l'assicurata non possa più effettuare i piccoli lavori di casa propria. Secondo detto medico, l'interessata non è affetta da alcuna malattia invalidante secondo il diritto svizzero, e il suo grado d'invalidità quale casalinga è del 14% (doc. 35).

D.

Il 27 aprile 2007, l'autorità inferiore ha comunicato all'interessata che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta ed ha concesso a quest'ultima la facoltà di formulare delle obiezioni per iscritto (doc. 36).

E.

Il 1° giugno 2007 (doc. 38), l'interessata ha postulato il riconoscimento del suo diritto ad una rendita. Ha fatto valere un'incapacità lavorativa superiore al 70%. Ha esibito documentazione medica già agli atti, nonché un referto di esame radiologico del 7 maggio 2005 (doc. 37).

F.

Il 9 luglio 2007, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurata non ha subito né un'incapacità permanente di guadagno né un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che il compimento delle mansioni consuete di casalinga è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. Inoltre, ha rilevato che l'interessata ha prodotto documenti

medici già agli atti (cfr. doc. 39). Tale documentazione non è quindi suscettibile di giustificare una modifica della valutazione alla base della decisione. Infine, ha precisato che l'assicurazione svizzera per l'invalidità non è vincolata dal fatto che l'interessata è stata riconosciuta quale invalida nel suo Paese (doc. 40).

G.

Il 23 luglio 2007, l'interessata ha inoltrato dinanzi all'autorità inferiore un ricorso contro la decisione dell'UAIE del 9 luglio 2007 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità a far tempo almeno dal 2006. Il 3 agosto 2007, l'autorità inferiore ha trasmesso il ricorso al Tribunale amministrativo federale per competenza. L'insorgente ha segnalato che le patologie di cui soffre, fra cui, un'affezione psichica ed un'affezione osteoarticolare, non le consentono di svolgere una qualsiasi attività lavorativa (operaia generica presso laboratorio di falegnameria, industria manifatturiera, industria metalmeccanica), quindi tantomeno di compiere gli usuali lavori domestici. Ha fatto valere di essere invalida almeno nella misura del 70-80%. Ha esibito documentazione medica in gran parte già in atti, ma pure, ed in particolare, un nuovo parere medico legale del 20 luglio 2007 del dott. F._____ e la fotocopia della decisione del Tribunale di B._____ in materia d'assegno d'invalidità (doc. TAF 1).

H.

H.a Nel suo rapporto del 27 dicembre 2007, il dott. E._____ ha osservato che il referto dell'esame cardiaco del maggio 2007 non riferisce di alcuna diagnosi clinica rilevante, salvo un leggero ispessimento del miocardio. Non sarebbero altresì documentati sintomi di cardiopatia coronarica oppure di insufficienza cardiaca. Peraltro, la funzione respiratoria risulterebbe limitata in modo leggero, secondo un certificato medico del 15 marzo 2006. Tale limitazione non permetterebbe di ritenere un'incapacità al compimento delle mansioni consuete di casalinga. Il dott. E._____ ha inoltre precisato che dalla descrizione dello stato generale di salute di cui al formulario E 213 del maggio 2006, non risulta alcuna affezione patologica grave. L'ipertensione, peraltro curabile, non avrebbe alcuna ripercussione sulla capacità d'effettuare gli usuali lavori domestici come pure l'incontinenza urinaria da stress, affezione frequente ed usuale in una donna di 58 anni che ha avuto dei figli. Il dott. E._____ ha poi

evidenziato che può darsi che l'assicurata pianga di fronte ai medici. Tuttavia, il fatto che la ricorrente pianga di fronte ai medici non è decisivo, dal momento che non sussiste alcuna affezione psichica rilevante. Ha osservato, in particolare, che non è stato riferito di alcun regolare trattamento psichiatrico o medicamentoso rispettivamente di ricoveri ospedalieri. I dott. G._____ e H._____ avrebbero manifestamente esagerato quanto alle ripercussioni delle affezioni psichiche da loro diagnosticate sulla capacità lavorativa dell'assicurata. Nulla cambierebbe il fatto che l'interessata sia stata riconosciuta da oltre 20 anni incapace al lavoro in Italia. Il dott. E._____ ha pertanto confermato il suo precedente apprezzamento (doc. 42).

H.b Nella risposta al ricorso del 22 gennaio 2008, l'autorità inferiore ha proposto, sulla base delle risultanze dei rapporti dell'aprile e dicembre 2007 del proprio servizio medico, la reiezione del ricorso (doc. TAF 8).

I.

Il 3 aprile 2008, l'interessata ha inoltrato dinanzi all'autorità inferiore, via telefax, l'atto di replica mediante il quale ha ribadito il suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, in virtù della documentazione medica agli atti. Il 17 aprile 2008, l'UAIE ha trasmesso la replica al Tribunale amministrativo federale per competenza. La ricorrente si è lamentata dell'ironica ed irriguardosa nota conclusiva del dott. E._____. Ha poi sottolineato di soffrire di una patologia psichica (disturbo depressivo persistente / depressione endogena grave) e di una patologia cardiaca (ipertrofia del muscolo cardiaco a cui si associa la fibrosclerosi dell'anulus e dei lembi mitralici, del bulbo e della radice aortica e delle semilunari), contrariamente a quanto ritenuto dal medico dell'UAIE. Ha segnalato che tali affezioni comportano delle notevoli limitazioni nello svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa nonché nell'adempimento degli usuali lavori domestici. Ha fatto valere di essere invalida certamente in una misura superiore al 40% (doc. TAF 14).

J.

Con decisione incidentale del 22 aprile 2008 (notificata il 30 aprile 2008; cfr. avviso di ricevimento agli atti), questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare, nel termine di 40 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura

delle presumibile spese processuali. Il 3 giugno 2008, la ricorrente ha versato l'importo di fr. 293.-- (doc. TAF 15 a 18).

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 di persone residenti all'estero contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'UAIE.

1.3 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 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

1.4 Il ricorso – presentato tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 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 LPG, 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 L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

3.3 La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita l'11 maggio 2006. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita l'11 maggio 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 9 luglio 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene 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 LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI).

La ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

5.

5.1 L'invalidità ai sensi della LPGGA 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 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, 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 LPGGA).

5.2 Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, 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. 28 cpv. 1^{ter} LAI, 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 LPGGA), 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 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21

consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

5.4 Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 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. 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; metodo generale del raffronto dei redditi). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135). Peraltro, 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 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. 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. 28 cpv. 2^{bis} LAI; metodo specifico). 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.

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 LPG), 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).

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).

7.2 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, di principio, sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione che 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 (sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

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. 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. 3a).

8.1 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).

8.2 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).

8.3 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. Un'eventuale inesigibilità presuppone la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa d'altri criteri qualificati quali l'esistenza di concomitanti affezioni organiche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, uno stato psichico consolidato, senza possibilità d'evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico oppure

l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 5).

8.4 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 Dopo il rimpatrio che, per quanto emerge dalle carte processuali, è avvenuto tra la seconda metà del 1981 ed il 1982, la ricorrente non ha più lavorato e si è dedicata, nella misura del possibile, ai lavori della propria economia domestica (doc. 2, 3, 11 e 12).

9.2

9.2.1 Dalla documentazione medica agli atti emerge che l'assicurata soffre segnatamente di ipertensione arteriosa con segni di secondario interessamento cardiaco, diabete mellito II con iniziale retinopatia, bronchite cronica ostruttiva, spondiloartrosi a modico impegno funzionale, insufficienza venosa AA II, depressione endogena grave ed incontinenza da stress.

9.2.2 Si tratta di affezioni di carattere 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 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 media di almeno il 40% durante un anno.

10.

10.1 Questo Tribunale osserva che nella perizia medica particolareggiata E 213 del maggio 2006 (doc. 33) è stata diagnosticata, in virtù della documentazione raccolta, una depressione con note d'ansia (v. doc. 23, 27 e 30; di data anteriore alla decisione impugnata). In particolare, dal certificato psichiatrico del dicembre 2001 (doc. 23) risulta che la ricorrente è affetta da un disturbo depressivo persistente. Lo specialista riferisce che la paziente è in cura da circa due anni e presenta segnatamente abbassamento del tono dell'umore, insonnia persistente ed apatia. Secondo detto medico, quest'ultima risente scarsamente dell'azione farmacologica dei comuni antidepressivi. Nel certificato neurologico del maggio 2005 (doc. 27) è evidenziato che l'insorgente soffre di un disturbo depressivo endoreattivo grave. Il medico precisa che l'interessata mostra, segnatamente, abbassamento del tono dell'umore (persistente da oltre 10 anni), apatia, astenia ed insonnia. Infine, dal certificato psichiatrico del 17 marzo 2006 (doc. 30) emerge che la paziente è affetta da depressione endogena grave. Lo specialista riferisce che l'assicurata soffre da dieci anni di un disturbo dell'umore depresso ed assume due farmaci, "I. _____" (medicamento antidepressivo) e "J. _____" (ansiolitico). In sede di ricorso, l'insorgente ha esibito dei documenti medici, fra cui una relazione medico-legale del luglio 2007 (doc. TAF 1), da cui risulta che è affetta da depressione endogena grave. Certo, il dott. E. _____ nel suo rapporto dell'aprile 2007 (doc. 35) ha ritenuto di includere nella diagnosi note di stato psichico depresso. Ha nondimeno asserito nella presa di posizione del dicembre 2007 (doc. 42) che i documenti medici esibiti non menzionano alcuna affezione psichica rilevante e neppure riferiscono di trattamenti psichiatrici rispettivamente medicamentosi. Tale valutazione medica non è condivisibile in quanto non tiene conto dell'evoluzione nel tempo della malattia psichica (disturbo depressivo rispettivamente depressione endogena grave), dei disturbi dell'interessata (abbassamento del tono dell'umore, apatia, astenia ed insonnia), dei trattamenti a cui si sottopone (in cura almeno dal 1999; v. doc. 23) nonché dei medicinali che assume (antidepressivo ed ansiolitico; v. doc. 30). La problematica psichiatrica – la cui insorgenza, in considerazione dell'insieme della documentazione esibita, non può farsi risalire ad una data posteriore alla pronuncia della decisione impugnata – non è quindi stata oggetto dei necessari accertamenti fattuali, fermo restando che non emerge dalle carte processuali per quale motivo si

sia ritenuto che un complemento d'istruttoria al riguardo sarebbe stato inutile. Ne discende che questo Tribunale ritiene un insufficiente accertamento dei fatti dal profilo psichiatrico.

10.2 Questo Tribunale rileva, inoltre, che dalla perizia medica particolareggiata E 213 del maggio 2006 emerge, in virtù della documentazione raccolta, che la ricorrente soffre di ipertensione arteriosa con segni di secondario interessamento cardiaco (v. segnatamente doc. 13, 26 e 30; di data anteriore alla decisione impugnata). In particolare, da tali documenti medici risulta che la ricorrente è affetta da note di miocardia ipertensiva, cardiosclerosi ipertensiva in ipertesa di III stadio, cardiopatia ipertensiva nonché vasculopatia cerebrale con vertigini, disturbi dell'equilibrio e della marcia. In sede di ricorso, l'insorgente ha esibito pure un referto di esame cardiaco del maggio 2007 (doc. TAF 1), da cui risulta che è affetta segnatamente da cardiopatia ipertensiva. Certo, il dott. E._____ nel suo rapporto dell'aprile 2007 ha ritenuto di includere nella diagnosi ipertensione (affezione per la quale l'interessata è in cura). Ha nondimeno concluso nella presa di posizione del dicembre 2007 che, sulla base della documentazione medica fornita, non sono noti e neppure documentati sintomi di cardiopatia coronarica oppure di insufficienza cardiaca, di modo che non è dimostrata un'incapacità a svolgere gli usuali lavori domestici o attività femminili leggere. Vista la laconicità del giudizio del medico dell'UAIE sul punto di questione in esame, medico che peraltro non ha mai visitato personalmente l'insorgente, non sono manifestamente adempiti criteri i sviluppati dalla giurisprudenza affinché detto giudizio medico possa acquisire valore di prova decisiva (consid. 8 del presente giudizio). Altresì, i dubbi sul giudizio del medico dell'UAIE concernenti la problematica cardiaca derivano dall'imprecisione della diagnosi riportata nei due rapporti d'aprile e dicembre 2007 e dall'assenza di una motivazione scientifica pertinente atta a giustificare la propria conclusione, fermo restando che non emerge dalle carte processuali neppure per quale motivo si sia ritenuto che un complemento d'istruttoria al riguardo sarebbe stato inutile. Ne discende che questo Tribunale ritiene un insufficiente accertamento dei fatti anche dal profilo cardiaco.

10.3 Infine, va ancora rammentato, per sovrabbondanza, che dal formulario E 213 risulta che il medico incaricato d'effettuare la perizia medica particolareggiata ha considerato che l'insorgente poteva svolgere un'attività adeguata alle sue condizioni per sole due ore al

giorno (v. doc. 33 pag. 10). Una diversa valutazione della fattispecie da parte del medico dell'UAIE rimane certamente possibile. Tuttavia, egli deve, in tal caso, spiegare, in modo logico ed adeguato, le ragioni che hanno determinato il suo convincimento, dimostrando d'aver tenuto conto d'ogni fatto decisivo, ciò che non si può ritenere sia stato fatto nel caso di specie.

11.

Per conseguenza, e in virtù delle risultanze degli atti di causa al loro stato attuale, l'incapacità lavorativa del 14% ritenuta nella decisione impugnata, in virtù delle prese di posizione del dott. F._____, non può essere confermata, fondandosi la stessa su un accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti. Va inoltre precisato che non è ipotizzabile una valutazione delle capacità della ricorrente a svolgere le abituali mansioni di casalinga sulla sola base dell'apposito formulario per gli assicurati occupati nell'economia domestica compilato dall'insorgente medesima il 15 dicembre 2006. Pertanto, la decisione impugnata, che viola il diritto federale, incorre nell'annullamento.

12.

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 (ULRICH HÄFELIN / GEORG MÜLLER / FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5^a ed., Zurigo/Basilea/Ginevra 2006, n. 1977 pag. 418). 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, in tempi ragionevoli, a completare l'accertamento dei fatti determinanti relativamente allo stato di salute della ricorrente – con perizia psichiatrica, cardiaca ed ogni altra che dovesse rendersi necessaria ritenuto il tempo ormai trascorso dalla stesura dei rapporti medici oggettivi presenti agli atti di causa – nonché a pronunciare una nuova decisione.

13.

13.1 Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'importo di fr. 293.--, versato il 3 giugno 2008, è restituito alla ricorrente.

13.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da un mandatario professionale si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e 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]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio in fr. 1'800.--, tenuto conto del lavoro effettivo ed utile, relativamente contenuto, svolto dal patrocinatore della ricorrente (art. 14 cpv. 2 TS-TAF), ed è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 9 luglio 2007 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'importo di fr. 293.--, versato il 3 giugno 2008, è restituito alla ricorrente.

3.

L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 1'800.-- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante 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: