



Corte III
C-5386/2007
{T 0/2}

Sentenza del 26 maggio 2009

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Beat Weber e Johannes Frölicher,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avvocato Luigi Potenza,
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
25 giugno 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il (...), vedova, ha lavorato in Svizzera come operaia nel settore orologiero dal 1973 al 1994, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 16 e 24). Ha allegato d'aver cessato la sua attività il 31 dicembre 2004 per rientrare in Italia e a causa del suo precario stato di salute (doc. 16 pag. 3). Non sarebbe più in grado di occuparsi delle consuete mansioni della propria economia domestica (doc. 17). Il 21 aprile 2006, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 12).

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 13 dicembre 2006, nel quale l'assicurata ha dichiarato di non esercitare alcuna attività lavorativa (doc. 16);
- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica del 13 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 dei famigliari e di una "donna a pagamento che si occupa di tutto") (doc. 17);
- una cartella clinica concernente il ricovero dal 28 aprile al 6 maggio 1998 per psoriasi eruttiva e sospetto di neoplasia renale sinistra (doc. 18);
- un referto di RX (rachide cervicale) del 30 aprile 2004 (doc. 19);
- un referto di peso corporeo del 15 maggio 2006 (doc. 20);
- un referto di esame ematico e di esame delle urine del 16 maggio 2006 (doc. 21);

- un referto di RX del 18 maggio 2006 (rachide lombo sacrale, ginocchio destro e sinistro) (doc. 22);
- il rapporto del 6 giugno 2006 concernente la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana effettuata il 23 maggio 2006, attestante poliartrosi in moderato sovrappeso con impegno funzionale medio, ipertensione arteriosa, esiti di pregressa nefrectomia sx per K e psoriasi diffusa in soggetto con lieve ansia. L'interessata è stata considerata in grado di svolgere regolari lavori leggeri, ma non il suo ultimo lavoro quale operaia a tempo pieno (due-tre ore al giorno) né un lavoro adeguato a tempo pieno (cinque ore al giorno). È stato segnalato che l'interessata è considerata invalida al 60% conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza sia nella precedente attività che in un'attività adeguata alle sue condizioni (lavoro sedentario) (doc. 23).

C.

Nel suo rapporto del 27 febbraio 2007, il dott. B._____, medico dell'UAIE, ha esposto la diagnosi correlata, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, di leggera obesità, poliartrosi con limitazione funzionale media, HTA, stato dopo intervento per tumore renale nel 1998 senza postumi né recidive, psoriasi e lieve ansia. Il medico ha rilevato che dal formulario E 213 del 23 maggio 2006 risulta che l'assicurata presenta un'incapacità al lavoro parziale del 60% con capacità di svolgere un'attività sostitutiva adeguata. Ha constatato che l'intervento tumorale nel 1998 non ha comportato un'incapacità lavorativa dal momento che non vi è alcuna limitazione funzionale e non vi sono state recidive. Ha altresì osservato che l'affezione osteoarticolare è minima e compatibile con l'attività svolta in Svizzera nel settore orologiero. Ha pure ritenuto che le ulteriori patologie permettono l'esercizio di qualsiasi attività lavorativa. Infine, ha precisato che le patologie di cui l'interessata è affetta non hanno alcuna ripercussione sull'attività di casalinga (doc. 26 e 26.1).

D.

Il 2 marzo 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 (v. progetto di decisione, doc. 27).

E.

E.a Il 31 marzo 2007, l'interessata ha contestato l'assenza delle condizioni per l'ottenimento di una prestazione d'invalidità svizzera. Ha fatto valere che le sue condizioni di salute sono molto precarie (doc. 29) ed esibito un certificato medico manoscritto del dott. C._____ del 29 marzo 2007 (doc. 30).

E.b Il 30 aprile 2007, l'UAIE ha chiesto all'assicurata di fare dattilografare il succitato certificato medico del dott. C._____, siccome manoscritto ed illeggibile (doc. 31).

E.c Mediante plico del 21 maggio 2007, l'interessata ha fatto pervenire all'autorità inferiore un certificato dattiloscritto del dott. C._____ recante la data del 30 marzo 2006 (doc. 33).

F.

Nel suo rapporto del 19 giugno 2007, il dott. B._____ ha ritenuto che il rapporto medico del 29 marzo 2006 riferisce di affezioni note e non comporta elementi riguardo ad un'incapacità lavorativa quale casalinga. Pertanto, ha confermato la precedente presa di posizione (doc. 35).

G.

Il 25 giugno 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 un rendita. Ha rilevato, inoltre, che la documentazione medica prodotta successivamente alla notificazione del progetto di sentenza (certificato del dott. C._____ del 29 marzo 2007) non è stata considerata rilevante dal proprio servizio medico. Infine, è stato segnalato che l'assicurazione svizzera per l'invalidità non è vincolata dalle decisioni della previdenza sociale estera (doc. 36).

H.

Il 7 agosto 2007, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 25 giugno 2007 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento

del suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità almeno da aprile del 2006 (data della richiesta volta all'ottenimento di una rendita). Si duole di un'insufficiente motivazione della decisione impugnata riguardo alla valutazione del grado di invalidità che non le consente di redigere un ricorso con cognizione di causa. Ha segnalato che le patologie di cui soffre, fra cui nefrectomia totale del rene sinistro, epatopatia cronica ed affezione osteoarticolare resa ancora più significativa dall'osteoporosi, non le consentono di svolgere una qualsiasi attività lavorativa, neanche leggera. Ha osservato che le patologie di cui soffre sono da considerare gravemente invalidanti. Ha fatto valere una completa incapacità lavorativa (doc. TAF 1).

I.

Nella risposta al ricorso del 10 ottobre 2007, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti medici del febbraio e giugno 2007, il servizio medico dell'UAIE ha constatato che l'assicurata è in grado di adempiere alle proprie mansioni consuete, come casalinga, in misura tale da escludere il riconoscimento di un'incapacità al lavoro di livello pensionabile. Infine, l'autorità inferiore ha precisato che ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto sia esigibile per ovviare alle conseguenze della sua invalidità (doc. TAF 4).

J.

Nella replica del 21 novembre 2007, la ricorrente ha ribadito il suo diritto ad una rendita intera d'invalidità. Ha osservato che le sue condizioni di salute si sono ulteriormente aggravate. Ha sottolineato di soffrire di nefrectomia totale del rene sinistro, epatopatia cronica, osteoporosi, crisi nevrotico depressive e flebo trombosi agli arti inferiori. Ha segnalato che tali affezioni comportano delle notevoli limitazioni nello svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa nonché nell'adempimento degli usuali lavori domestici (doc. TAF 7).

K.

Con decisione incidentale del 28 novembre 2007 (notificata il 3 dicembre 2007; cfr. avviso di ricevimento agli atti), questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibile spese processuali (doc. TAF 8 e 9).

L.

Il 15 gennaio 2008, l'insorgente ha formulato una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal pagamento delle spese processuali. Ha fatto valere d'essere indigente (doc. TAF 9).

M.

Con provvedimento del 23 gennaio 2008 (notificato il 28 gennaio 2008; cfr. avviso di ricevimento agli atti), questo Tribunale ha invitato la ricorrente a compilare e restituire, nel termine di 30 giorni dalla notificazione del provvedimento medesimo, il formulario "Domanda di gratuito patrocinio", unitamente ai relativi mezzi probatori, con avvertenza che, in caso di mancata produzione del formulario medesimo rispettivamente dei mezzi di prova, la domanda di assistenza giudiziaria sarebbe stata decisa sulla base degli atti di causa (doc. TAF 10 e 13).

N.

Con decisione incidentale del 17 aprile 2008 (notificata il 24 aprile 2008; cfr. avviso di ricevimento agli atti), il Tribunale amministrativo federale ha respinto la domanda di assistenza giudiziaria. Questo Tribunale ha ritenuto che, in assenza di indicazioni da parte dell'interessata sulla sua situazione finanziaria e patrimoniale (la medesima non ha esibito il menzionato formulario né alcun mezzo probatorio), dagli atti di causa non è possibile concludere alla sua indigenza. Per conseguenza, l'insorgente è stata invitata a versare, nel termine di 45 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo è stato versato il 30 maggio 2008 (doc. TAF 14 a 17).

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 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2 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 il 21 aprile 2006. In deroga all'art. 24 LPGA, 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 il 21 aprile 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 25 giugno 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 LPGA e della LAI (art. 8 LPGA 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 LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

5.2 Giusta l'art. 28 cpv. 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^{er} 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 LPG), 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 LPGGA 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 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; 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 LPGGA) 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 LPGA, 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 LPGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

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 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 fine del 1994 ed il 1995, la ricorrente non ha più lavorato e appare essersi dedicata, nella misura del possibile, ai lavori della propria economia domestica (doc. 16 e 17).

9.2

9.2.1 Dalla perizia particolareggiata E 213 emerge che l'assicurata soffre segnatamente di poliartrosi in leggero sovrappeso con impegno funzionale medio, ipertensione arteriosa, stato dopo intervento per tumore renale nel 1998 senza postumi né recidive, psoriasi diffusa e lieve ansia.

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.

Questo Tribunale osserva, preliminarmente, che la censura relativa all'insufficiente motivazione della decisione impugnata può essere lasciata indecisa ritenuto che, per le ragioni che saranno esposte nei considerandi che seguono, il querelato provvedimento va comunque annullato. Giova tutt'al più rilevare che l'UAIE, nella risposta al ricorso del 10 ottobre 2007, ha comunque provveduto a precisare la motivazione alla base della propria decisione.

11.

Questo Tribunale osserva che nella perizia medica particolareggiata E 213 del maggio 2006 (doc. 23) sono state diagnosticate, in virtù dell'esame obiettivo e della documentazione raccolta, poliartrosi in moderato sovrappeso, ipertensione arteriosa, esiti di pregressa nefrectomia, psoriasi diffusa e lieve ansia (doc. 18, 19, 20 e 22 di data anteriore alla decisione impugnata). Certo, il dott. B._____, nel suo rapporto del 27 febbraio 2007, ha ritenuto di includere nella diagnosi tali patologie. Il medico non ha comunque indicato i motivi per cui le citate affezioni non avrebbero alcuna incidenza sulla capacità lavorativa della ricorrente, nonostante che dal formulario E 213 risulti come il sanitario incaricato d'effettuare la perizia medica particolareggiata abbia considerato che l'insorgente non poteva più svolgere il suo lavoro di operaia in una fabbrica d'orologi che per 2-3 ore al giorno ed un'attività sostitutiva adeguata che per 5 ore al giorno (v. doc. 23 pag. 10). Dalle carte processuali non risulta altresì essere stato effettuato alcun esame in merito alle effettive capacità della ricorrente di svolgere le consuete mansioni di una casalinga. Le conclusioni tratte al riguardo dall'autorità inferiore si fondano su mere congetture personali del dott. B._____ e non su seri riscontri obiettivi. Esse non sono confortate neppure dalle dichiarazioni rese in merito dalla ricorrente (doc. 17). Nel suo peraltro brevissimo rapporto del 19 giugno 2007, il dott. B._____ ha pure implicitamente escluso la necessità di un complemento d'istruttoria sullo stato di salute della ricorrente perché dalla nuova documentazione medica prodotta dall'insorgente medesima risulterebbero delle diagnosi conosciute. Tuttavia dai due certificati del dott. C._____, che non sono altresì perfettamente

coincidenti, del 30 marzo 2006 (dattiloscritto) e del 29 marzo 2007 (manoscritto, ma in parte leggibile) risulta un quadro clinico diverso rispetto a quello fino ad allora conosciuto e comprendente, segnatamente polialtralgia reumatoide, epatopatia cronica, grave psoriasi, crisi nevrotico depressiva e flebo trombosi arti inferiori. Contrariamente a quanto preteso dal dott. B._____, detta documentazione fa stato di ulteriori serie patologie a carico dell'insorgente e pure della necessità di cure ed assistenza a favore della medesima. In considerazione dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGA e dall'art. 69 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201) – secondo cui l'assicuratore deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti, in particolare con riferimento allo stato di salute dell'assicurata – l'autorità inferiore avrebbe dunque dovuto promuovere autonomamente nuove investigazioni, vuoi per il tramite dell'istituto nazionale della previdenza italiana vuoi con richieste specifiche all'assicurata stessa, al fine di un accertamento esatto e completo dei fatti giuridicamente rilevanti. Tali investigazioni complementari dovranno pure estendersi alla questione di sapere quale sia l'attività determinante della ricorrente al fine di un corretto calcolo del grado d'invalidità (statuto della ricorrente). Da questo profilo non si può considerare l'insorgente siccome casalinga per il solo fatto che al momento del deposito della domanda di prestazioni all'assicurazione svizzera per l'invalidità la stessa non svolgesse un'attività lucrativa. Allo stato attuale degli atti di causa, risulta in effetti che dei problemi di salute hanno comunque inciso sulla decisione di cessare l'attività lucrativa nel dicembre del 2004 (doc. 16 pag. 3). Occorre pertanto stabilire, a seguito della dovuta istruttoria complementare, quale attività avrebbe verosimilmente svolto la ricorrente qualora non avesse avuto dei problemi di salute. Ne discende che questo Tribunale ritiene un'insufficiente constatazione per quanto attiene allo stato di salute della ricorrente nel momento determinante, al suo statuto (da cui conseguirà la determinazione del metodo da applicare per il calcolo del grado d'invalidità) e alla sua possibilità di svolgere le mansioni di una casalinga rispettivamente la sua precedente attività e/o un'attività sostitutiva adeguata.

12.

Per conseguenza, e in virtù delle risultanze degli atti di causa al loro stato attuale, la capacità della ricorrente a svolgere senza limitazioni le mansioni di casalinga, o eventualmente la sua precedente attività o un'altra sostitutiva, secondo quanto indicato nelle prese di posizione

del dott. B. _____, 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 13 dicembre 2006 (doc. 17). Pertanto, la decisione impugnata che viola il diritto federale, incorre nell'annullamento.

13.

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 – segnatamente con esami reumatologico, psichiatrico e ematologici ed eventuali altri che dovessero rendersi necessari anche in considerazione del tempo ormai trascorso dalla stesura dei rapporti medici oggettivi presenti agli atti di causa – nonché a pronunciare una nuova decisione. L'UAIE veglierà pure, prima della pronuncia del menzionato nuovo provvedimento, a che la ricorrente possa esprimersi sul metodo che detta autorità intende applicare per determinare il grado d'invalidità.

14.

14.1 Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 300.--, versato il 30 maggio 2008, è restituito alla ricorrente.

14.2 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. 1'500.--, 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 25 giugno 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'anticipo di fr. 300.--, versato il 30 maggio 2008, è restituito alla ricorrente.

3.

L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 1'500.-- 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: