



Corte III
C-6126/2009
{T 0/2}

Sentenza del 26 luglio 2010

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Alberto Meuli, Vito Valenti;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____, vpatrocinata dal
Rag. Salvatore Santoro, via F. Guardi 9,
IT-96100 Siracusa,
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
12 agosto 2009).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il _____, coniugata, ha lavorato in Svizzera dal 1966 al 1968 e dal 1970 al 1979, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tali periodi (doc. 8). Dopo il rimpatrio, ha continuato a svolgere un'attività lucrativa. Dal 1999 al 20 settembre 2002, ha lavorato come impiegata d'ufficio per una ditta di Siracusa, in ragione di 40 ore settimanali e per un salario adeguato alle sue mansioni; ha rassegnato le dimissioni alla data indicata per ragioni familiari (doc. 16). Si è poi dedicata ai lavori della propria economia domestica.

B.

In data 21 ottobre 2005, A._____ ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 5).

La richiedente è stata visitata il 24 novembre 2005 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Siracusa, ove è stata ritenuta la diagnosi esiti di recente intervento di quadrantectomia sinistra per carcinoma mammario, successive radioterapia e terapia ormonale, ipertensione arteriosa, esiti di remota (1965) frattura all'omero sinistro mal consolidata, artrosi cervicale (doc. 64).

Sono stati esibiti documenti oggettivi, quali:

- la documentazione riguardante diverse cure prestate in esito all'infortunio del 1965, fino al 1988 (doc. 20-31);
- la cartella clinica riguardante il ricovero dal 13 al 20 giugno 2005 per carcinoma mammario operato e gli esami oggettivi effettuati in tale occasione (doc. 35-56);
- i risultati di una scintigrafia ossea totale del 5 giugno 2005 (doc. 58); atti riguardanti una terapia oncologica ed un rapporto d'esame oncologico del 12 ottobre 2005 (doc. 60-62);

- un referto radiografico della colonna cervicale del 14 ottobre 2005 (doc. 63);

- i risultati di esami ematochimici del dicembre 2005 (doc. 66); un referto d'esame ecotomografico mammario del 9 dicembre 2005 (doc. 67).

Nel rapporto del 16 novembre 2006, il Dott. Battaglia, sanitario del Servizio medico regionale (SMR) "Rhône", dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato il caso con il metodo specifico delle casalinghe, ha affermato che l'interessata non avrebbe mai subito un'incapacità di livello pensionabile, la sua inabilità al lavoro nell'ambito domestico essendo situabile al 12% al massimo (doc. 74, 75).

Un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative è stato inviato alla nominata il 29 novembre 2006 (doc. 76). Con scritti del 4 gennaio e 13 marzo 2007, l'assicurata si è opposta a tale progetto facendo valere la notevole incidenza invalidante delle terapie seguite dopo l'evento tumorale e l'intervento chirurgico, nonché i postumi invalidanti permanenti di un incidente subito nel 1965. A suffragio delle sue conclusioni produce, segnatamente (oltre a documentazione già ad atti): diversi risultati di esami di laboratorio recenti; l'attestato di riconoscimento dell'invalidità civile del 25 gennaio 2006; ricette mediche riguardanti cure oncologiche di diverse date; un referto ecotomografico mammario del 23 febbraio 2006; un rapporto d'esame oncologico del 21 giugno 2006 (Dott. Tralongo), un rapporto d'esame senologico del 26 settembre 2006 (Dott.ri Fontana e Zorzan); un referto ecografico addome superiore e radiologico del torace del 5 ottobre 2006; un altro rapporto d'esame oncologico (Dott. Tralongo) del 30 ottobre 2006 (doc. 77-97).

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. Battaglia, il quale, nella sua nota del 29 marzo 2007, ha confermato l'assenza di patologie in atto, la guarigione dall'affezione oncologica ed ha quindi ribadito il suo precedente parere (doc. 98). Con decisione del 2 aprile 2007, l'UAIE ha respinto la domanda di rendita.

C.

Con il ricorso depositato il 16 maggio 2007, A._____, rappresentata dall'avv. Santoro, ha chiesto, sostanzialmente, l'annullamento del

summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni ha esibito diversa documentazione sanitaria, fra la quale si possono ricordare referti radiografici della mano destra, del gomito destro; reperti di esami ginecologici, una nuova relazione d'esame oncologico, risultati di esami ematochimici. Produce inoltre una relazione medico legale del 2 maggio 2007 del Dott. Gradante, il quale segnatamente ricorda gli esiti dell'infortunio del 1965 consistenti in una frattura diafisaria dell'omero sinistro con accorciamento del segmento osseo omerale, irregolarità del troclite omerale e lesione della relativa cuffia dei rotatori; il tutto causerebbe una marcata limitazione funzionale; l'esperto di parte menziona poi gli esiti dell'intervento di quadrantectomia per carcinoma mammario sinistro, ipertensione arteriosa e sindrome ansioso-depressiva. La paziente presenterebbe un grado d'invalidità del 75% (doc. 101-115). L'incarto è stato inoltre inviato all'interessata in visione (doc. 103).

Il Dott. Battaglia, nella sua relazione del 10 ottobre 2007, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni rilevando che la documentazione esibita non lasciava trasparire nessuna patologia di tipo invalidante (doc. 121). Nelle sue osservazioni ricorsuali del 14 novembre 2007, l'UAIE ha proposto la reiezione dell'impugnativa.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, il 18 dicembre 2008, la parte ricorrente ha ribadito le conclusioni ricorsuali. Ha prodotto, in quell'occasione, segnatamente: delle controdeduzioni del Dott. Gradante dell'11 dicembre 2007, in merito alla presa di posizione del Dott. Battaglia; un dettagliato rapporto d'esame ortopedico del Dott. Sirugo dell'11 dicembre 2007; un nuovo rapporto d'esame oncologico (Dott. Tralongo) del 3 dicembre 2007; risultati di esami ematochimici e strumentali di recente esecuzione (doc. 122-129).

Il Dott. Battaglia è stato richiamato a pronunciarsi. Nel suo rapporto del 6 gennaio 2008, alla luce del referto ortopedico del Dott. Sirurgo, ha proposto di far eseguire una visita approfondita in ortopedia/reumatologia in Svizzera (doc. 131). A questa conclusione ha aderito l'UAIE nella duplica del 3 marzo 2008.

Con sentenza del 22 aprile 2008, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha accolto parzialmente il ricorso ed ha rinviato gli atti

all'amministrazione perché procedesse ai nuovi accertamenti sanitari (doc. 132).

D.

L'assicurata è stata visitata il 22 luglio 2008 dal Dott. Masina, specialista in medicina interna e reumatologia, Lugano. Nella sua relazione del 22 ottobre 2008, il menzionato specialista ha evidenziato la sostanziale diagnosi di pseudoartrosi del III medio dell'omero sinistro in esito a frattura del 1965, sindrome cervicovertebrale, sindrome lombovertebrale, iniziale rizoartrosi bilaterale, ipertensione arteriosa, esiti di carcinoma mammario operato nel giugno 2005 ed esiti di più terapie oncologiche, diabete non insulinodipendente (dettagli nella parte in diritto). L'esperto ha spiegato che la perizianda, per diverse ragioni (posture, limitazioni oggettive), è da considerarsi invalida in misura del 25% come segretaria d'ufficio e del 50% come casalinga, ritenute alcune diverse incombenze pesanti e/o difficili. Altri referti sono stati esibiti dall'interessata quali un'elettromiografia degli arti superiori del 12 marzo 2008, risultati di esami ematochimici, un nuovo rapporto d'esame oncologico (Dott. Tralongo) del 9 luglio 2008, un rapporto d'esame ortopedico del Dott. Finocchiaro del 19 settembre 2008 (doc. 155-170).

Nel questionario per le persone occupate nell'economia domestica, l'assicurata ha affermato di essere ancora in grado di svolgere alcune incombenze domestiche (le più leggere), ma con difficoltà e con l'aiuto del marito (doc. 150).

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. Battaglia, il quale, nella relazione del 2 marzo 2009, ha condiviso diagnosi e valutazione espresse dal Dott. Masina (doc. 177).

Con progetto di decisione del 6 marzo 2009, l'amministrazione ha disposto il riconoscimento del diritto alla mezza rendita AI a decorrere dal giugno 2006 (doc. 178). Con scritto del 18 giugno 2009, A. _____ contesta il progetto di cui sopra facendo presente alcuni punti: il Dott. Masina deve essere considerato medico di parte, avendo un rapporto stretto con l'amministrazione che lo ha incaricato della perizia; vi è una divergenza fra le valutazioni dei medici legali italiani con quella del Dott. Masina; propone di ammettere un grado d'invalidità del 60% almeno. Produce alcuni risultati di esami recenti (doc. 184-193).

L'incarto è stato ancora sottoposto al Dott. Battaglia che, nella nota del 22 luglio 2009 (doc. 196), ha ribadito quanto già precedentemente espresso.

Mediante decisione del 12 agosto 2009, l'UAIE ha erogato in favore di A._____ una mezza rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° giugno 2006 (doc. 199).

E.

Con il ricorso depositato il 24 settembre 2009, A._____, rappresentata dal Rag. Santoro chiede, sostanzialmente, il riconoscimento di un tasso d'invalidità del 75%. Produce, a suffragio delle sue conclusioni, il referto di mineralometria ossea computerizzata del 18 settembre 2009 attestante una osteoporosi di severa entità. In un secondo tempo produce, oltre ai risultati di un recente esame oncologico (15 giugno 2009), un parere del Dott. Gradante circa le perizia del Dott. Masina. L'esperto di parte rileva che il perito dell'UAIE non ha approfondito l'indagine cardiologica, ha sottovalutato la problematica del diabete come pure gli esiti del carcinoma mammario. Il Dott. Masina avrebbe sopravvalutato le residue capacità di movimento della paziente (p. es. nel vestirsi, nell'effettuare l'igiene intima ed in altre funzioni vitali di ogni giorno), e non avrebbe preso in conto la grave e documentata osteoporosi. Egli ribadisce dunque l'invalidità della propria paziente.

F.

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. Battaglia, il quale, nella relazione del 17 dicembre 2009, si è riconfermato nei suoi precedenti pareri precisando, per quanto attiene all'oggettività rilevante osteoporosi, che non è tanto la patologia in quanto tale ad essere coperta dalla LAI quanto piuttosto le eventuali ripercussioni sul piano lavorativo (doc. 203).

Nelle sua risposta ricorsuale del 21 gennaio 2010, l'UAIE propone dunque la reiezione del gravame. L'amministrazione rileva inoltre che se l'assicurata dovesse essere considerata come persona con un'attività lucrativa (e non come casalinga), presenterebbe un'invalidità del 25% e pertanto non avrebbe diritto neanche a una mezza rendita d'invalidità. Trattandosi di una reformatio in pejus, l'UAIE si rimette a giustizia per il seguito eventualmente da darle.

G.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, l'insorgente, con replica del 25 febbraio 2010, ha ribadito l'intenzione di mantenere il ricorso. La parte ricorrente solleva diverse contraddizioni nei rapporti del Dott. Battaglia. Adduce che l'amministrazione non avrebbe tenuto conto di molti fattori personali che indurrebbero ad ammettere la sua totale incapacità al lavoro, quali età, speranza di vita diminuita, situazione familiare. Produce delle controdeduzioni del Dott. Gradante.

Ricevuta la replica, l'amministrazione ha duplicato in data 22 marzo 2010 osservando che il Dott. Gradante, più volte, fonda il suo giudizio su sistemi e tabelle non in vigore nel sistema assicurativo svizzero per l'invalidità.

H.

Con decisione incidentale del 30 marzo 2010, la parte ricorrente è stata invitata a versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Nel contempo ha inviato alla stessa copia della duplice dell'UAIE del 22 marzo 2010. L'anticipo richiesto è stato regolarmente versato il 12 aprile 2010 nella misura di Fr. 315.-.

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). L'insorgente ha versato, a titolo di anticipo spese processuali, la somma di Fr. 315.- invece dei Fr. 300.- richiesti. 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 21 agosto 2005. In deroga all'art. 24 LPGGA, 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 21 agosto 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 12 agosto 2009, 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 e 1.2.1).

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 per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

Nella specie, la ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, l'interessata 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 mentale 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 Per quanto risulta dagli atti, A._____ non ha più lavorato dopo il 20 settembre 2002. La cessazione dell'attività d'impiegata d'ufficio è dovuta, come già asserito dall'interessata il 1° giugno 2006 (doc. 17, cifra 7), a motivi familiari. Anche l'ex datore di lavoro afferma che le dimissioni erano dettate da motivi familiari (doc. 16, cifra 2). In un altro succinto questionario sottoscritto il 6 ottobre 2008 (doc. 138, cifra 2 lett. b; cfr anche questionario per l'assicurato del 26 gennaio 2009, doc. 151, cifra 7a), l'interessata ha aggiunto di avere smesso di lavorare per motivi personali e per motivi di salute. Si è poi dedicata ai lavori della propria economia domestica.

8.2 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (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, VSI 2000 p. 84).

8.3 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 nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2007, ora art. 28a cpv. 2 LAI). L'art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (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 (metodo specifico).

8.4 Per quanto riguarda la scelta del metodo di valutazione dell'invalidità di una persona assicurata che non esercita più un'attività

lucrativa si deve verificare quale sarebbe stata l'attività esercitata se non fosse subentrata l'invalidità. In altre parole, lo statuto dell'assicurata viene determinato valutando se la stessa da sana, quindi se non fosse subentrato il danno alla salute, avrebbe consacrato l'essenziale del suo lavoro all'economia domestica o ad un'occupazione remunerata e questo tenendo conto dell'evoluzione della situazione fino all'emanazione della decisione impugnata. L'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa va ammessa ove tale eventualità si presenti alla luce della situazione personale, familiare, sociale ed economica con un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b).

8.5 Nella specie dev'essere rilevato, in considerazione di quanto già indicato al considerando 8.1, che di principio l'invalidità deve essere esaminata secondo il metodo specifico delle persone senza attività lucrativa, questo sebbene, a volte, la nominata abbia indicato di aver smesso di lavorare per motivi di salute. Prevalentemente, l'interessata ha segnalato che la ragione principale delle sue dimissioni era di ordine familiare/personale. Nell'atto di replica del 25 febbraio 2008, il rappresentante della ricorrente indica che "l'assicurata sperava di poter riprendere il lavoro, questo risaliva all'anno 2002, cioè molto tempo prima dell'aggravamento delle condizioni fisiche...". Questo lascia supporre che l'interessata non abbia smesso di lavorare per motivi di salute. Appare quindi giustificato nella presente fattispecie valutare l'invalidità dell'assicurata secondo il metodo specifico delle persone senza attività lucrativa.

9.

9.1 Per quanto riguarda la diagnosi può essere prestata adesione a quella posta in evidenza dal Dott. Masina, reumatologo ed internista. A questo sanitario, in seguito alla sentenza di questo Tribunale del 22 aprile 2008 (inc. C-3468/2007), è stato assegnato il compito di allestire una nuova perizia. Il perito incaricato ha evidenziato:

a. diagnosi con ripercussione sulla capacità di lavoro: pseudoartrosi del terzo medio dell'omero di sinistra su/con: stato dopo frattura del terzo medio il 22 luglio 1965 con posa di chiodo endomidollare, rimozione del chiodo endomidollare il 25 aprile 1966; sindrome cervicovertebrale su/con condrosi C5/C6 e C6/C7, carico inergonomico sulla prima diagnosi; sindrome lombovertebrale su/con condrosi L5/S1, insufficienza muscolare; iniziale rizartriosi bilaterale.

b. diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro: ipertensione arteriosa trattata, diabete mellito II non insulino-ricidente, carcinoma mammario sinistro su/con stato dopo quadrantectomia e dissezione del cavo ascellare omolaterale nel giugno 2005, tamoxifen 20 mg 1-0-0, radioterapia sulla ghiandola residua agosto 2005; adiposità.

Il Dott. Gradante, autore di diversi rapporti ad atti, non apporta novità dal punto di vista diagnostico, se non una diversa interpretazione di referti oggettivi.

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 e il Dott. Gradante (specialista in medicina legale e delle assicurazioni), estensore di diverse relazioni e/o controrapporti ad atti, pongono un tasso d'invalidità uguale o superiore al 70%. In una prima fase dell'istruttoria, il Dott. Battaglia, medico dell'UAIE, ha negato l'esistenza di un'invalidità attingente il livello del 40% almeno. In esito al suo parere del 6 gennaio 2008 (doc. 131) e la sentenza di questo Tribunale del 22 aprile successivo, è stato affidato al Dott. Masina l'incarico di allestire la nuova perizia. Questo sanitario, valutando la situazione secondo il metodo specifico della casalinghe, pone un tasso d'invalidità del 50%, mentre invece l'incapacità sarebbe del 25% come segretaria.

10.2 La parte ricorrente rimprovera all'amministrazione che l'indagine del Dott. Masina sarebbe di parte, poiché organizzata dall'amministrazione. Al proposito, va rilevato che una perizia richiesta dall'UAIE (in casu un sanitario specialista operante in Svizzera) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte. Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). In questo contesto l'Ufficio AI agisce quale organo amministrativo preposto all'attuazione della legge, sicché le perizie ordinate in adempimento di questo compito non possono essere considerate di parte o non conclusive alla luce di altri referti (DTF 123 V 175 e 122 V 157). Il Tribunale federale ha inoltre precisato che deve essere considerata rilevante una perizia affidata al SAM (servizio medico di accertamento AI) o ad un perito specialista, negando che tali servizi medici possano essere considerati parte in causa per sussistenza di un vincolo per cui l'istituto (o il perito medesimo) sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione per l'invalidità.

Determinante è invece la circostanza che la perizia del medico indipendente incaricato rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352, consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c).

10.3 Nella fattispecie, alla luce della giurisprudenza citata, si deve dedurre che la perizia del Dott. Masina non può essere considerata di parte. Lo scrivente Tribunale può quindi fondarsi su questa perizia per esaminare la vertenza.

11.

11.1 Come è già stato spiegato nei considerandi precedenti, l'assicurazione svizzera per l'invalidità non indennizza una determinata malattia in quanto tale od un complesso patologico e nemmeno assegna ad una ben precisa turba un tasso d'invalidità predeterminato, come invece sembra sostenere il Dott. Gradante, soprattutto nel suo rapporto del 20 febbraio 2010. Il sistema assicurativo elvetico, in materia d'invalidità, copre il danno economico che deriva da un'incapacità di lavoro (e di guadagno), oppure, come nella specie, l'incapacità di svolgere le mansioni consuete. Pertanto, l'analisi del Dott. Masina è quella che più si avvicina alla nozione d'invalidità vigente nel sistema strutturato dalla LAI. Egli approfondisce il suo esame sulle conseguenze debilitanti e sulle limitazioni funzionali delle patologie accertate. Peraltro, già in ingresso, egli pone la distinzione fra diagnosi con conseguenze sulla capacità di lavoro e diagnosi priva di conseguenze sull'invalidità.

11.2 Il problema maggiore della paziente è l'artrosi omerale sinistra in esito all'infortunio del 1965, le cui conseguenze si sono accentuate negli ultimi anni. Attualmente la paziente riferisce un dolore lungo tutto il braccio e la spalla sinistra con importante edema localizzato; alla mano destra è presente un dolore a livello del pollice, dell'articolazione metacarpofalangiale. La funzionalità dell'arto superiore sinistro è assai ridotta e dolorosa. La colonna vertebrale è in asse, la mobilità della colonna cervicale ridotta di un terzo per la rotazione verso sinistra, a livello della colonna toracale e lombare, la mobilità è nella norma. Il braccio destro invece è funzionalmente in ordine, privo di dolori. Dal punto di vista prettamente radiologico si nota la ricordata artrosi a livello del III medio dell'omero sinistro, mentre non vi è alcun segno di rottura delle cuffia dei rotatori, come invece sostenuto da sanitari italiani; la condrosi è significativamente presente alla cervicale da C5 a C7 ed a livello lombare L5/S1.

Per il resto, la paziente soffre di affezioni non invalidanti. I numerosi rapporti dell'oncologo Dott. Tralongo, anche recenti, confermano l'assenza di recidive e/o metastasi della patologia tumorale. Sotto questo punto di vista la paziente deve essere considerata guarita. L'ipertensione risulta essere ben controllata da terapia farmacologica ed il diabete mellito II non richiede particolari cure (insulina), ma deve

essere costantemente controllato e la paziente deve seguire un'adeguata igiene alimentare.

La censura dell'insorgente circa un presunto mancato approfondimento della problematica cardiologica ed endocrinologica non è giustificata, in quanto tali turbe sono di livello leggero e sotto controllo medico.

Per quel che è della osteoporosi, questa affezione è stata accertata con un referto di mineralometria ossea del 18 settembre 2009. A prescindere dal fatto che, come viene sempre ribadito, non è tanto la patologia stessa che è indennizzata dalla LAI, quanto le ripercussioni valetudinarie della stessa, va ricordato che l'esame in questione è stato svolto dopo la data dell'impugnata decisione. Per lo scrivente Tribunale è determinante lo stato di fatto esistente fino alla data della decisione impugnata: esami e documenti medici stilati dopo questa data, di regola non possono essere presi in considerazione. È vero che la giurisprudenza ha ammesso che il giudice delle assicurazioni sociali può tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). Queste condizioni non sono tuttavia adempite nella fattispecie.

11.3 Per quanto riguarda le certificazioni del Dott. Gradante e le sue obiezioni ai pareri del Dott. Battaglia, si può osservare che se è vero che in un primo momento il medico dell'UAIE ha espresso dei pareri che si sono rivelati poi troppo severi, è lo stesso sanitario che ha consigliato all'amministrazione di eseguire una perizia medica approfondita. Per il resto, il Dott. Gradante esprime solo un parere diverso circa le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni.

12.

12.1 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 giudiziario 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).

12.2 Analizzando la situazione medica con le incombenze domestiche (famiglia attualmente composta da 2 persone in una casa di 6 locali) si giunge a ritenere che l'interessata potrebbe incontrare difficoltà nell'ambito dei lavori più pesanti (come le grandi pulizie, stendere la biancheria, ecc.), ma anche nell'ambito di compiti che richiedano un'abilità manuale più minuziosa. In compiti più leggeri la sua capacità resta quasi intatta (condotta dell'economia domestica, preparazione dei pasti, ecc.). Nel complesso dunque, come lo evidenzia il Dott. Masina, l'interessata presenta un'incapacità al lavoro massima, nell'ambito delle consuete attività domestiche, del 50%, tasso che comporta il diritto ad una mezza rendita AI. L'assicurata risulta infatti inabile solo nell'ambito dei lavori casalinghi che richiedono un certo sforzo o posture inergonomiche.

Il collegio non ha pertanto alcun motivo di scostarsi dal convincente parere del Dott. Masina ripreso dal perito medico incaricato dall'UAIE, fondato sul corretto apprezzamento del caso concreto e sull'attento esame della documentazione clinica ad atti. Trattasi infatti di osservazioni cliniche da cui si possono derivare utili oggettivi e persuasivi elementi di giudizio atti a dimostrare che, nonostante le affezioni di cui è portatrice, A. _____, entro la data della decisione in esame, sarebbe stata in grado di attendere alle sue usuali faccende domestiche in misura della metà almeno. Il riconoscimento del diritto alla mezza rendita AI da giugno 2006 è quindi da tutelare.

12.3 Va ricordato infine che, secondo la giurisprudenza, una casalinga invalida deve organizzarsi in modo tale da ridurre gli effetti del proprio impedimento, adottando le misure che prenderebbe una persona ragionevole nella sua stessa situazione, per potere sbrigare le faccende domestiche nel modo più completo e indipendente possibile. Se una casalinga invalida può svolgere certi lavori solamente con fatica e impiegando molto più tempo del solito, deve rivolgersi ai propri familiari, affinché l'aiutino nel limite del possibile (DTF 133 V 504).

In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

13.

13.1 A titolo di spese ricorsuali si prelevano Fr. 300.-, che vengono compensate con l'anticipo versato il 12 aprile 2010. Il saldo di Fr. 15.- è restituito alla ricorrente.

13.2 Visto l'esito del ricorso, non si assegnano indennità per spese ripetibili alla parte soccombente.

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

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di Fr. 300.-, sono poste a carico della ricorrente. Esse sono computate con l'anticipo spese e il saldo di Fr. 15.- è restituito alla parte ricorrente.

3.

Non sono riconosciute indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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 (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: