



Corte III
C-6449/2009
{T 0/2}

Sentenza del 15 luglio 2010

Composizione

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

Parti

A. _____,
rappresentata dal Patronato ACLI, Sede Provinciale,
via Brambilla 35, IT-22100 Como,
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
16 settembre 2009).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il _____ ha lavorato in Svizzera, come frontiera, dal 1970 al 2001, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tale periodo (doc. 6). Ha cessato l'attività di operaia dell'industria pasticceria, causa chiusura aziendale (doc. 10), sebbene in un secondo momento dichiara che avrebbe smesso di lavorare per ragioni di salute (doc. 30). Da allora non ha più ripreso un'attività lucrativa e si è iscritta, ai fini assicurativi, all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) come disoccupata (doc. 24).

In data 31 ottobre 2005, la nominata ha formulato una prima richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 4). L'indagine medica aveva posto in evidenza che la richiedente era portatrice di una sindrome schizoaffettiva in terapia psicofarmacologica costante, iniziale sovraccarico ventricolare sinistro con episodio di scompenso cardiaco secondario a flutter atriale ad elevata risposta, obesità, psoriasi cutanea (cfr. perizia medica particolareggiata del 12 dicembre 2005, doc. 17). Il medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha ritenuto, nel suo rapporto del 17 gennaio 2007, che l'interessata sarebbe in grado di attendere alle sue usuali faccende domestiche in misura del 90% circa o di svolgere un'attività lucrativa adeguata alle sue condizioni di salute (leggera e prevalentemente sedentaria) in misura completa dopo il 6 marzo 2003, data di dimissione ospedaliera in seguito all'evento cardiaco; nel precedente lavoro era da considerarsi del tutto inabile (doc. 19).

Mediante decisione dell'8 maggio 2007, l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni assicurative (doc. 22).

B.

In data 30 maggio 2008, A._____ ha formulato una nuova richiesta di rendita AI (doc. 23, 25).

La richiedente è stata visitata il 27 giugno 2008 presso l'INPS di Como, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di sindrome dissociativa cronica di tipo schizoaffettivo, aritmia da fibrillazione atriale parossistica, in trattamento farmacologico cronico,

obesità grave, distiroidismo, psoriasi cutanea cronica, note cliniche di poliartrrosi" ed ha posto un tasso d'invalidità del 70% (doc. 48). Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente:

- un estratto di cartella clinica relativo alla degenza dal 7 al 20 febbraio 1992 per teratoma cistico benigno operato con laparoisterectomia totale con annessiectomia destra (doc. 35);
- i risultati di un'ecografia delle spalle del 23 marzo 2005 (doc. 38);
- i risultati di una scintigrafia tiroidea del 28 ottobre 2005 (doc. 42);
- i risultati di un'ecografia calcaneare piede sinistro (poco leggibile) del 14 gennaio 2006 (doc. 44);
- un verbale di pronto soccorso del 26 aprile 2006 per fibrillazione atriale parossistica (doc. 45);
- un referto di ecografia uterale del 17 maggio 2006 (doc. 46).

Nel questionario per assicurati occupati nell'economia domestica, l'interessata afferma di essere in grado di svolgere solo una piccola parte dei lavori di casa (doc. 31).

L'UAIE ha sottoposto gli atti alla Dott.ssa Meyer, del proprio servizio medico, la quale, nella sua relazione del 15 gennaio 2009, ha affermato che la richiedente sarebbe invalida al cento per cento nel suo precedente lavoro di operaia del settore alimentare; nella tenuta dell'economia domestica, la sua invalidità si situerebbe al 40%; in attività confacenti alle sue attitudini (semplici, leggere e/o prevalentemente sedentarie) la nominata presenterebbe una capacità di lavoro del 50% (doc. 50).

A differenza di quanto ritenuto nell'ambito della prima domanda di rendita, l'amministrazione ha applicato il metodo di valutazione generale (e non quello specifico delle casalinghe), ossia ha calcolato la perdita di guadagno come persona che ha esercitato un'attività lucrativa e l'ha cessata, essenzialmente, per motivi di salute o per difficoltà congiunturali (il danno alla salute essendo intervenuto a posteriori). L'UAIE ha quindi proceduto al calcolo comparativo dei redditi (doc. 56), dal quale è risultato che, svolgendo un'attività alternativa a lei proponibile (semplice, leggera, sedentaria) al 50%,

invece di quella di operaia del settore della pasticceria, l'interessata subirebbe una perdita di guadagno del 62,55%. In questo calcolo, il salario dopo l'invalidità è stato ridotto del 15% per motivi personali, quali età ed handicap.

In una nota del 14 aprile 2009 (doc. 57), l'UAIE ha fatto presente al medico consulente che in data 8 maggio 2007 è stata emanata una decisione vincolante di rifiuto di prestazioni assicurative nella quale è stata ritenuta un'invalidità del 100% nella precedente attività, dello zero per cento in attività di sostituzione e del 9,5% nell'ambito casalingo (doc. 57). L'amministrazione ha chiesto al medico di determinare l'evoluzione dell'incapacità dall'8 maggio 2007 in poi. Nella sua risposta del 30 aprile 2009 (doc. 58) la Dott.ssa Meyer ha affermato che da maggio 2007 può essere ammesso un tasso d'invalidità del 50% in attività di ripiego, mentre come casalinga, il medico corregge il suo primo parere e ritiene un tasso d'invalidità del 25% sempre da maggio 2007.

Mediante progetto di decisione del 13 luglio 2009, l'UAIE ha disposto la reiezione della domanda di rendita per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 60). L'interpellata (rappresentata dal Patronato ACLI di Como) non ha preso posizione in merito.

In data 16 settembre 2009, l'amministrazione ha emanato una decisione conformemente al progetto (doc. 61).

C.

Con il ricorso depositato l'8 ottobre 2009, regolarizzato il 5 novembre successivo, A._____, sempre rappresentata dal Patronato ACLI, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni produce un referto di visita cardiologica del 29 ottobre 2009, ove si propone di effettuare un esame Holter.

D.

Dopo che la ricorrente ha versato l'anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali, l'incarto è stato sottoposto all'amministrazione per la presa di posizione sul ricorso.

Nel frattempo, l'insorgente ha inviato i risultati dell'esame Holter (ECG dinamico) effettuato il 17 novembre 2009. Anche questa documentazione è stata inviata all'UAIE.

Quest'ultimo ha sottoposto gli atti alla Dott.ssa Meyer, la quale, nella relazione del 23 marzo 2010, si è riconfermata nelle sue precedenti considerazioni (doc. 63).

Nelle osservazioni ricorsuali del 15 aprile 2010, l'UAIE ha quindi proposto la reiezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

E.

Con ordinanza del 22 aprile 2010, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha invitato la parte ricorrente a volersi pronunciare in merito alla risposta di causa dell'UAIE ed altra documentazione di rilievo, entro 30 giorni dalla ricezione dell'ordinanza stessa. L'interpellata non ha esercitato il suo diritto di replica.

Diritto:

1.

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

2.

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

l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

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

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

3.

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

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

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

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

4.

4.1 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).

4.2 Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 16 settembre 2009, data dell'impugnata decisione (cfr. anche consid. 6). 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 citata).

5.

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 almeno tre anni (art. 36 LAI). 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.

6.

Qualora una prima o più richieste di rendita siano state negate perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961, OAI, RS 831.201). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a).

Se, come nel caso che ci occupa, l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87 segg. OAI, *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

In concreto, l'UAIE ha emanato una prima decisione negativa l'8 maggio 2007, che l'interessata non ha impugnato. Con decisione del 16 settembre 2009 ha in seguito respinto una seconda domanda di rendita presentata il 30 maggio 2008. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato dal 9 maggio 2007 al 16 settembre 2009.

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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, 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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

7.3 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; c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

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 oggettivamente superabile.

7.5 Per gli art. 5 LAI ed 8 cpv. 3 LPGGA gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può esigere che l'esercitino sono

considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete.

8.

8.1 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. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 p. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

8.2 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. 28a cpv. 2 LAI). 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 (metodo specifico).

8.3

8.3.1 Per quanto riguarda la scelta del metodo di valutazione dell'invalidità di una persona assicurata che non esercita più un'attività lucrativa si deve esaminare 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).

8.3.2 Nella specie dev'essere rilevato che l'interessata ha cessato di lavorare il 31 maggio 2001 per chiusura aziendale, così come dichiara nel questionario per l'assicurato compilato il 30 agosto 2006 nell'ambito della prima domanda di rendita (doc. 10, cifra 7), pur avendo precisato, in quell'occasione, di essere già in cattive condizioni di salute. Nello stesso tipo di formulario, compilato nel dicembre 2008 (seconda domanda di rendita), la nominata afferma di aver rassegnato le dimissioni per motivi di salute (doc. 30, cifre 6 e 7). Non sono disponibili i dati dell'ex datore di lavoro, la cui attività è cessata da tempo.

Ora, è ben chiaro che nella fattispecie il metodo di valutazione dell'invalidità applicabile è quello generale. Infatti, l'interessata ha dovuto lasciare la propria attività lucrativa e poi si è iscritta alla disoccupazione dal 27 agosto 2001 al 27 agosto 2002 (vedi l'attestato concernente la carriera assicurativa in Italia, doc. 24, E 205 pag. 2). In altre parole, se la ditta non avesse chiuso e se l'interessata non avesse cominciato a presentare seri problemi di salute, la stessa avrebbe verosimilmente continuato a svolgere il suo lavoro presso l'impresa in questione.

8.3.3 Ne consegue che l'amministrazione, a torto, ha ritenuto il metodo di valutazione specifico delle persone senza attività lucrativa invece di quello generale. Va precisato che il fatto che l'UAIE abbia applicato il metodo specifico per l'esame della prima domanda d'invalidità, poi respinta, non è vincolante per lo scrivente Tribunale. Infatti, la scelta del metodo di valutazione è una questione giuridica che fa parte della motivazione di una decisione e non del suo dispositivo (SVR 2010 IV n° 35 consid. 3). Ora, soltanto il dispositivo di una decisione può acquisire autorità di cosa giudicata (MADELEINE CAMPRUBI, in Christoph Auer, Markus Müller, Benjamin Schindler, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG), Zurigo/San Gallo, 2008, ad 61 nota 24). Conformemente a

questo principio, poteva essere esclusa l'esistenza di un diritto a una rendita d'invalidità fino alla data della decisione dell'8 maggio 2007, cresciuta in giudicato, ma spettava all'autorità inferiore (e allo scrivente Tribunale) esaminare liberamente la nuova domanda di rendita dal punto di vista materiale.

9.

Nel caso in esame, in sede d'istruttoria, è stata sostanzialmente evidenziata la diagnosi di sindrome dissociativa cronica (di tipo psico-affettivo), aritmia da fibrillazione atriale parossistica in trattamento farmacologico cronico, obesità grave, distiroidismo, psoriasi cutanea cronica, note cliniche di poliartrosi (cfr. la perizia medica particolareggiata del 27 giugno 2008, E 213, doc. 48).

10.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 70% annotando che l'interessata non è in grado di svolgere un'attività lucrativa e che, in ogni caso, non potrebbe nemmeno essere riadattata in lavori più consoni.

Dal canto suo, in un primo rapporto del 15 gennaio 2009 (doc. 50), la Dott.ssa Meyer dell'UAIE ha attestato che l'assicurata è da considerarsi del tutto inabile nel precedente lavoro dal 25 febbraio 2003 (ospedalizzazione per scompenso cardiaco; giudizio che conferma quello espresso dal servizio medico dell'UAIE nell'ambito della prima domanda di rendita, doc. 19). Dopo il 6 marzo 2003 (data delle dimissioni ospedaliere), l'interessata avrebbe potuto riprendere al 50% un'attività di sostituzione semplice, leggera/sedentaria e svolgere al 40% le sue mansioni nell'economia domestica. A seguito della nota UAIE del 14 aprile 2009 (doc. 57), la Dott.ssa Meyer ha confermato un tasso d'invalidità del 50% in attività sostitutive ma dal maggio 2007 (data della precedente decisione cresciuta in giudicato) e ha precisato che da questa data sarebbe stata incapace di riprendere i suoi compiti in casa in misura del 25% (e non più del 40%).

10.2 Ora, i pareri della Dott.ssa Meyer appaiono contraddittori, sia in relazione al problema della decorrenza dello stato d'invalidità, sia nella valutazione dell'incapacità di lavoro come casalinga (cfr. doc. 50 con doc. 58). L'avviso formulato dallo stesso medico in sede ricorsuale non permette di dirimere questa contraddizione, in quanto il medico si

limita a riferire che un'incapacità del 40% si poteva giustificare tutt'al più per alcuni mesi, senza indicarne le ragioni (doc. 63).

11.

11.1 A prescindere da queste contraddizioni nella valutazione della capacità di lavoro residua (o di attendere alle usuali faccende domestiche), si deve rilevare che le patologie di cui soffre l'assicurata non sono state adeguatamente investigate. Ad atti esistono documenti di scarso rilievo analitico. Vero è che in base soprattutto alla perizia medica particolareggiata INPS la situazione valetudinaria di A._____ appare compromessa. Tre fattori negativi concorrono a sollevare dei dubbi circa un'oggettiva capacità in tal senso: l'affezione psichica/mentale, l'evidente e progressivo sovrappeso (ora 120 kg per 160 cm circa; nel 2006 104 kg) e la insidiante patologia cardiaca.

Sotto il profilo psichiatrico/neurologico, manca un'adeguata indagine specialistica completa, che contenga un'anamnesi dettagliata, un esame oggettivo che riferisca sull'orientamento spazio-temporale della paziente, sull'umore, sulle idee presenti, nonché in merito ai gradi di attenzione, concentrazione, organizzazione mentale, intuizione ecc., ponga una precisa diagnosi, menzioni l'eventuale terapia seguita, si esprima sulla prognosi e si pronunci infine sulla capacità ed all'esigibilità di un'attività lucrativa ed in quale misura questa sarebbe proponibile. Questa indagine s'impone tanto più che posta una diagnosi di sindrome dissociativa seppur in un quadro di un disturbo schizo-affettivo, ci si può legittimamente chiedere quali siano le residue capacità al lavoro dell'assicurata.

Manca pure un rapporto d'esame internistico cardiologico, accompagnato dagli abituali esami clinici e strumentali (elettrocardiogramma, ecocardiogramma, ergometria, ecc.) volto a riferire sulle conseguenze valetudinarie dell'attuale notevole sovrappeso e sui risvolti cardiocircolatori già in parte denunciati.

11.2 Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessata e da quando questa invalidità esisterebbe.

12.

In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso,

annullare la decisione impugnata e rinviare l'incarto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere.

L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica dall'8 maggio 2007 (data della precedente decisione cresciuta in giudicato) fino alla data dell'impugnata decisione (16 settembre 2009). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine la ricorrente dovrà essere sottoposta ad una perizia particolareggiata ed a tutti quegli esami specialistici descritti al considerando precedente.

L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE, il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro fra il maggio 2007 ed il 16 aprile 2009, data della decisione impugnata, nonché in merito all'attività professionale che la ricorrente avrebbe potuto espletare. Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

13.

13.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo di Fr. 300.- viene restituito all'insorgente.

13.2 In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, viste la memoria di ricorso, nonché la documentazione esibita, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-, da porre a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata la decisione del 16 settembre 2009, l'incarto è rinviato all'autorità inferiore perché proceda ai sensi del considerando 12 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di Fr. 300.- versato dall'insorgente le è restituito.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-, la quale è posta a carico dell'Ufficio AI intimato.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono rispettate le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF, RS 173.110). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: