



---

Corte III  
C-65/2009  
{T 0/2}

## **Sentenza del 22 settembre 2009**

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Francesco Parrino e Elena Avenati-Carpani,  
cancelliera Marcella Lurà.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
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  
21 novembre 2008).

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_, cittadina italiana, nata il (...), coniugata, ha lavorato in Svizzera come operaia e commessa dal 1969 al giugno del 1998, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 35). Rientrata in Italia, è stata attiva quale casalinga e contadina in un'azienda familiare (doc. 16 pag. 3 e doc. 22 pag. 2 e 7). L'assicurata percepisce, a far tempo dal 1° settembre 2006, una pensione d'invalidità italiana. Il 20 novembre 2007, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 5).

**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:

- una cartella clinica concernente il ricovero dal 1° al 13 aprile 2006 per frattura vertebrale amielica con conseguente intervento neurochirurgico di stabilizzazione vertebrale D11-L1 il 6 aprile 2006 (doc. 18-1 a 18-62);
- un referto di esame RX del 12 maggio 2006 (doc. 19);
- un certificato medico del 9 novembre 2006, in cui è, da un lato, posta la diagnosi di frattura stabilizzata di D12 e, dall'altro, indicato che la paziente presenta rigidità dorso-lombare vivamente dolente nonché netta limitazione funzionale in flesso-estensione ed allo sforzo sollevamento carichi (doc. 20);
- un referto di esame RX del 9 novembre 2006 (doc. 21);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 7 marzo 2008, da cui emerge la diagnosi di pregressa frattura amielica (2006) D12 trattata chirurgicamente con stabilizzazione D12-L1 in lomboartrosi a moderato impegno funzionale senza deficit neuromuscolari periferici, ipertensione arteriosa in trattamento, lieve stato ansioso in donna 58enne obesa ex operaia in Svizzera (in Italia contadina-casalinga). Le condizioni di salute dell'assicurata sono state

definite come migliorate e la stessa è stata ritenuta in grado di svolgere regolari lavori semipesanti come pure il suo ultimo lavoro ed un lavoro adeguato alle sue condizioni a tempo pieno. È stato segnalato che l'assicurata è stata considerata, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, invalida al 45% nella precedente attività ed in un'attività adeguata alle sue condizioni (lavoro che tenga conto delle seguenti controindicazioni: frequenti flessioni, trasporto e sollevamento pesi nonché salita di piani inclinati, scale o scale a pioli) (doc. 22);

- il formulario (non datato) trasmesso alla Commissione medica per l'accertamento delle invalidità civili di B.\_\_\_\_\_, mediante il quale l'interessata ha chiesto di essere riconosciuta quale invalida civile (doc. 12);
- la comunicazione di liquidazione del 25 ottobre 2007 dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di B.\_\_\_\_\_, secondo cui è stato erogato in favore dell'interessata un assegno mensile di assistenza quale invalida civile a decorrere dal 1° settembre 2006 (doc. 15);
- il questionario per l'assicurato del 14 luglio 2008, nel quale l'assicurata ha dichiarato di non esercitare alcuna attività lavorativa (doc. 11);
- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica del 20 agosto 2008, nel quale l'assicurata ha segnalato di poter controllare lo svolgimento del lavoro domestico, ma di non essere più in grado di svolgere le mansioni consuete che competono ad una casalinga e di necessitare dell'aiuto di terzi (segnatamente del marito e dei nipoti). Ha pure indicato che "collaboravo nell'attività agricola domestica di mio marito" (doc. 16);
- lo scritto del 14 luglio 2008 dell'interessata, mediante il quale la medesima ha, in particolare, segnalato che il suo stato di salute non le consente di far fronte agli usuali compiti e fatto valere di essere stata riconosciuta invalida in Italia nella misura del 74% (doc. 17).

**C.**

Nel suo rapporto del 25 settembre 2008, il dott. C.\_\_\_\_\_, del Servizio regionale "Rhône" (SMR), ha esposto la diagnosi di obesità e stato dopo frattura di D12 trattata mediante fissazione e ha rilevato che l'assicurata ha subito un intervento di fissazione di D11 e L1 (a seguito di caduta con frattura di D12 senza lesione midollare) nell'aprile del 2006 con successivo decorso postoperatorio regolare. Ha osservato che il rapporto ortopedico del 9 novembre 2006 fa stato, segnatamente, di una rigidità dorso-lombare con limitazione funzionale in flessione-estensione ed allo sforzo e il formulario E 213 del 7 marzo 2008 di rachialgia con limitazioni funzionali per gli sforzi e la deambulazione in salita (limitazioni moderate della mobilità del rachide, senza deficit neurologici) nonché emicranie, umore depresso e difficoltà a vestirsi. In conclusione, il dott. C.\_\_\_\_\_ ha reputato che l'interessata presenta delle limitazioni nell'attività di casalinga soltanto per il compimento delle mansioni pesanti e fissato al 18,5% a far tempo dal 1° aprile 2006 il grado d'invalidità dell'assicurata quale casalinga (doc. 24).

**D.**

Il 30 settembre 2008, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'assicurata che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che il compimento delle mansioni consuete di casalinga è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessata la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto (doc. 25).

**E.**

Il 22 ottobre 2008, l'interessata ha postulato il riconoscimento del suo diritto ad una rendita. Ha fatto valere, in particolare, d'essere completamente incapace di lavorare ed ha segnalato di essere stata riconosciuta invalida in Italia nella misura del 74%. Ha esibito un certificato medico del 16 novembre 2007 dell'INPS, il verbale di visita medica del 10 luglio 2007 della Commissione medica di verifica di D.\_\_\_\_\_ nonché un certificato medico del 21 ottobre 2008 del dott. E.\_\_\_\_\_ (doc. 26 a 29).

**F.**

Nel suo rapporto del 17 novembre 2008, il dott. C.\_\_\_\_\_ ha ritenuto

la diagnosi principale, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, di obesità e stato dopo frattura di D12 trattata mediante fissazione. Ha pure evidenziato la diagnosi secondaria, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, di ipertensione arteriosa e cardiopatia ipertensiva classe II NYHA. Il medico ha rilevato che il certificato medico del 21 ottobre 2008 menziona le note diagnosi, ma non si pronuncia sulla capacità lavorativa. Ha osservato che il rapporto dell'INPS del 16 novembre 2007 espone le medesime diagnosi e riferisce di una spiccata limitazione nei movimenti di flessione ed estensione del rachide. Il dott. C.\_\_\_\_\_ ha quindi concluso che la documentazione medica prodotta non comporta elementi tali da giustificare una diversa valutazione rispetto alla sua presa di posizione del settembre 2008. Secondo detto medico, nell'ambito dello svolgimento dell'attività di casalinga, un'incapacità al lavoro di circa il 20% a far tempo dall'incidente appare corretta.

#### **G.**

Il 21 novembre 2008, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurata non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che il compimento delle mansioni consuete di casalinga è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. Infine, ha osservato che l'assicurazione svizzera per l'invalidità non è vincolata dal fatto che l'interessata è stata riconosciuta quale invalida nel suo Paese (doc. 32).

#### **H.**

**H.a** Il 23 dicembre 2008, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 21 novembre 2008 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità e formulato una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali. Ha segnalato di aver lavorato in Svizzera fino a giugno del 1998. Ha descritto le circostanze della ferita subita alla testa (1° aprile 2006) ed il successivo ricovero ospedaliero con conseguente intervento chirurgico. Ha precisato di essere casalinga (ha pure evidenziato che "lavoravo il mio terreno per uso personale e per

sopravvivere”) e di avere tanta voglia di lavorare come faceva prima dell'incidente. Tuttavia, le sue condizioni salute non le consentono più di compiere gli usuali lavori domestici e "di lavorare il mio terreno per uso personale". Ha altresì sottolineato che necessita dell'aiuto dei familiari per lo svolgimento delle mansioni consuete che competono ad una casalinga. Pertanto, deve essere riconosciuto il suo diritto ad una rendita d'invalidità. Ha nuovamente esibito il certificato medico del 16 novembre 2007 dell'INPS e il verbale di visita medica del 10 luglio 2007 della Commissione medica di verifica di D.\_\_\_\_\_ nonché prodotto tre referti di esame RX del 31 ottobre 2007 (doc. TAF 1).

**H.b** Con decisione incidentale del 15 gennaio 2009 (notificata il 21 gennaio 2009; cfr. avviso di ricevimento agli atti), questo Tribunale ha invitato la ricorrente a regolarizzare il ricorso del 23 dicembre 2008, mediante l'inoltro dello stesso atto munito della propria firma manoscritta in originale, nel termine di 14 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima (doc. TAF 2 e 3).

**H.c** Il 22 gennaio 2009, la ricorrente ha esibito il ricorso del 23 dicembre 2008 munito della propria firma manoscritta in originale (doc. TAF 4).

**I.**

Il 23 febbraio 2009, la ricorrente ha prodotto il formulario “domanda di gratuito patrocinio”, unitamente ad un documento (doc. TAF 5, 7 e 8).

**J.**

Il 16 marzo 2009, l'autorità inferiore ha comunicato di rinunciare ad introdurre la risposta al ricorso (doc. TAF 9).

**K.**

Il 29 giugno 2009, questo Tribunale ha trasmesso per conoscenza alla ricorrente lo scritto dell'autorità inferiore del 16 marzo 2009 di rinuncia all'inoltro della risposta al ricorso (doc. TAF 10).

## **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 contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero.

**1.3** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> 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<sup>bis</sup> 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 LPGGA, le disposizioni della presente legge 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), fermo restando che per quanto attiene alle norme di procedura le

disposizioni della 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, sono di massima applicabili.

**3.3** La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 20 novembre 2007. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo 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 20 novembre 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 21 novembre 2008, 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, 28a e 29 LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante un anno intero, rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

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

## 5.

**5.1** L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA).

**5.2** Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI (art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008), 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<sup>ter</sup> LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

**5.3** Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di

evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

**5.4** Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 28 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 (art. 28a cpv. 1 LAI 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; 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. 28 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI [art. 28a cpv. 1 LAI a partire dal 1° gennaio 2008] in combinazione con l'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, secondo l'art. 28 cpv. 2<sup>ter</sup> LAI (art. 28a cpv. 3 LAI a partire dal 1° gennaio 2008), 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 di principio 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 LPGGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI, art. 28a cpv. 1 LAI a partire dal 1° gennaio 2008; 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** In materia d'assicurazioni sociali, il giudice fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza poter essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante. Non è pertanto sufficiente che un fatto possa essere considerato come un'ipotesi possibile (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti).

**9.2** La scelta di uno dei metodi di graduazione dell'invalidità (metodo generale del confronto dei redditi, metodo specifico o metodo misto) dipende dallo statuto attribuito al potenziale beneficiario della rendita. Se una persona sia da considerarsi appartenente all'una o all'altra di queste categorie si determina esaminando cosa essa avrebbe fatto, ritenute altrimenti le medesime circostanze, se non fosse subentrato il pregiudizio alla salute. Questo quesito si decide tenendo conto dell'evoluzione della situazione sino all'emanazione della decisione amministrativa litigiosa, ritenuto che l'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa completa o parziale va ammessa ove tale eventualità presenti un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 125 V 150 consid. 2c).

## **10.**

**10.1** Dalla documentazione medica agli atti emerge che la ricorrente soffre segnatamente di pregressa frattura amielica D12 (2006), trattata chirurgicamente con stabilizzazione D12-L1, in lomboartrosi a moderato impegno funzionale, ipertensione arteriosa in trattamento, lieve stato ansioso ed obesità.

**10.2** Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007), per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un

anno. In virtù di tale disposizione, la ricorrente può 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.

**10.3** Peraltro, ai sensi dell'art. 29 LAI (nella versione in vigore dal 1° gennaio 2008), 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'art. 29 cpv. 1 LPG, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. Il diritto non nasce finché l'assicurato può pretendere un'indennità giornaliera ai sensi dell'art. 22 LAI. Inoltre, la rendita è versata dall'inizio del mese in cui nasce il diritto.

## **11.**

**11.1** Nella fattispecie in esame, occorre determinare se, e a partire da quando, sussista un'incapacità al lavoro della ricorrente rispettivamente un diritto ad una rendita ai sensi delle citate disposizioni di legge.

**11.2** Questo Tribunale osserva che il certificato medico del 16 novembre 2007 dell'INPS (doc. 27) fa stato di esiti di frattura di D12 con spiccata limitazione funzionale di tipo flesso-estensivo della regione rachidea interessata nonché di ipertensione arteriosa con segni di cardiopatia ipertensiva (classe funzionale NHYA II), di obesità di grado moderato, di spondiloartrosi cervico-lombo-sacrale e di nevrosi d'ansia. Nella perizia medica particolareggiata E 213 del marzo 2008 (doc. 22) è indicata una pregressa frattura amielica D12 in lomboartrosi a moderato impegno funzionale ed ipertensione arteriosa in trattamento ed è pure segnalato un miglioramento (rispetto alla precedente visita) dello stato di salute dell'assicurata. Certo, le limitazioni funzionali legate agli evocati problemi ortopedici appaiono essere passate da spiccate (fino a novembre 2007) a moderate (da marzo 2008). Tuttavia, il medico che ha effettuato tale perizia particolareggiata ha esplicitamente riservato l'effettuazione di una visita ortopedica (pag. 5 punto 5.6. della perizia), di cui non vi è traccia agli atti, di modo che sussistono dei dubbi sulla portata e l'evoluzione nel tempo delle limitazioni funzionali della ricorrente dal profilo ortopedico consecutive all'incidente, con trauma cranico e vertebrale, da lei subito nell'aprile del 2006. In particolare, né il medico dell'UAIE (che non ha mai visitato personalmente l'insorgente) né l'autorità di

prime cure si sono pronunciati esplicitamente, chiaramente e con argomenti concludenti, in merito alle conseguenze delle spiccate limitazioni funzionali indicate nel certificato medico dell'INPS del 16 novembre 2007 e sull'evoluzione nel tempo delle stesse, omettendo altresì di pronunciarsi sull'assenza agli atti della visita ortopedica richiesta nella perizia particolareggiata E 213. Hanno pure omesso di spiegare per quale motivo non sarebbero stati necessari degli ulteriori e più approfonditi accertamenti dal profilo ortopedico. Inoltre, questo Tribunale rileva che dal certificato medico del 21 ottobre 2008 (doc. 28) – dunque di data anteriore alla decisione impugnata – risulta che la ricorrente continua ad essere affetta da ipertensione arteriosa con segni di cardiopatia ipertensiva (classe NYHA II). Invero, il dott. C.\_\_\_\_\_ nel suo rapporto del novembre 2008 ha ritenuto di includere nella diagnosi cardiopatia ipertensiva classe NYHA II (affezione di cui l'insorgente soffre almeno da luglio del 2007, v. doc. 26), quale diagnosi secondaria senza incidenza sulla capacità lavorativa. Sennonché, il medico dell'UAIE non ha indicato per quale ragione l'affezione ritenuta è stata qualificata siccome senza incidenza sulla capacità lavorativa della ricorrente né perché abbia ritenuto superfluo un complemento d'istruttoria riguardo alla problematica cardiaca, considerato che non appare potersi escludere aprioristicamente qualsivoglia incidenza di tale affezione sulla capacità della ricorrente a svolgere le consuete mansioni di casalinga rispettivamente l'attività di contadina. Ne discende che questo Tribunale ritiene un insufficiente accertamento per quanto attiene allo stato di salute della ricorrente.

## **12.**

Occorre peraltro analizzare se l'istanza precedente ha determinato correttamente lo statuto della ricorrente e il grado d'invalidità nell'attività di casalinga.

**12.1** L'UAIE ha considerato che la ricorrente, se non fosse subentrato il pregiudizio alla salute, si sarebbe dedicata al 100% all'attività di casalinga (e ha quindi fatto applicazione del metodo specifico per la definizione del grado d'invalidità). Questo Tribunale osserva però che non è dato sapere le ragioni per cui l'UAIE è pervenuto a tale conclusione. Ritenuto che per la determinazione dello statuto dell'assicurata è determinante la natura delle attività che la stessa avrebbe esplicato qualora fosse stata in buone condizioni, andava esaminato se l'insorgente, da sana, avrebbe consacrato l'essenziale della sua

attività all'economia domestica o a un'occupazione lucrativa, questo alla luce della sua situazione personale, familiare, sociale e finanziaria (cfr. sentenza del Tribunale federale I 382/04 del 18 ottobre 2005 e DTF 117 V 195). Per determinare il campo d'attività che avrebbe occupato l'assicurata, se avesse goduto di buona salute, si deve tenere conto della necessità finanziaria di riprendere o estendere un lavoro, dell'età, delle eventuali cure da prestare ai figli, delle sue qualifiche professionali e delle sue attitudini, ritenuto come nessuno di questi elementi abbia priorità sugli altri (DTF 125 V 150 consid. 2c). Ciò premesso e conto tenuto del fatto che dalle carte processuali emerge che l'insorgente è stata attiva quale casalinga e contadina (poco importa se nell'azienda del marito, cfr. art. 27bis dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI, RS 831.201]) dopo il suo rientro in Italia nel 1998 (doc. 16 e doc. 22) e che avrebbe voluto continuare a lavorare qualora non avesse subito un incidente nell'aprile del 2006 (v. doc. TAF 1), a torto l'autorità inferiore ha ritenuto di potere determinare lo statuto della ricorrente – quale casalinga al 100% – sulla base degli atti di causa al loro stato attuale e senza dovere effettuare degli ulteriori accertamenti d'ufficio. Quest'ultimi andranno esperiti dall'UAIE in virtù dei citati criteri giurisprudenziali, conto tenuto del fatto che non è sufficiente accontentarsi, per quanto attiene al grado di prova, ad un'ipotesi semplicemente possibile (cfr. consid. 9.1 del presente giudizio).

**12.2** In merito all'impedimento dell'insorgente a svolgere le mansioni di casalinga, esso, nel caso di specie, non può altresì essere valutato sulla sola base del generico formulario per gli assicurati occupati nell'economia domestica, compilato dalla ricorrente medesima (doc. 16), che non risponde nella fattispecie alle esigenze di un corretto accertamento dei fatti. Incomberà pertanto all'UAIE d'effettuare le necessarie verifiche al riguardo. Giova ancora osservare che appare incontestato, perlomeno allo stato attuale degli atti di causa, che la ricorrente non è più in grado di svolgere attività pesanti e che secondo l'esperienza generale della vita e il normale andamento delle cose la casalinga deve pure di massima espletare (oltre a quelle leggere e semi-pesanti) delle mansioni esclusivamente pesanti. Dovrà quindi essere opportunamente spiegato per quale motivo il dott. C.\_\_\_\_\_ per alcune delle attività di casalinga da lui indicate e ritenute nell'apposito formulario (doc. 24), in particolare quelle di cui al punto 3 "pulizia dell'abitazione", abbia concluso ad un'incapacità della ricorrente del 30% (la ricorrente ha peraltro dichiarato di non potere

effettuare le pulizie dell'abitazione; cfr. la sua risposta alla domanda 3 del questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica; doc. 16).

**13.** Infine, l'autorità inferiore dovrà, se del caso, tenere conto di possibili interazioni nell'ambito della valutazione dell'invalidità secondo il metodo misto (DTF 134 V 9). In effetti, conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale un'eventuale ridotta capacità lavorativa nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività è da prendere in considerazione a determinate condizioni. Quanto al fattore di ponderazione discusso nella sentenza DTF 134 V 9 (cfr. consid. 7.3.6), la giurisprudenza l'ha limitato ad un massimo del 15%.

**14.**

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata – che viola il diritto federale (accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti) – incorre nell'annullamento.

**15.**

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<sup>a</sup> 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, come indicato nei considerandi che precedono, nonché a pronunciare una nuova decisione.

**16.**

**16.1** Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali,

formulata dalla ricorrente nel gravame del 23 dicembre 2008, è pertanto divenuta senza oggetto.

**16.2** Ritenuto che l'insorgente non è rappresentata in questa sede e che non risulta che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla procedura di ricorso, non si giustifica l'attribuzione 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]).

(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 21 novembre 2008 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. La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

**3.**

Non si attribuiscono spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- 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: