



Corte III
C-6538/2012

Sentenza del 23 settembre 2013

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Stefan Mesmer, Beat Weber,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avv. Roberto Coppola,
corso Vittorio Emanuele 8, IT-83100 ...,
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 14 novembre 2012).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana nata il ..., coniugata e madre di due figli, ha lavorato in Svizzera dal 1976 al 1992, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 46). Il 10 maggio 2011, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurata ha formulato, all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), una domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 1 a 15), la cui istruzione ha permesso di acquisire, tra gli altri, i documenti seguenti:

- diversa documentazione medica italiana, in parte di difficile lettura (doc. 1 a 10), tra cui un referto d'esame ecocardiografico del 14 settembre 2011, facente stato di un'ectasia di radice aortica e aorta ascendente, di una valvola mitrale lievemente insufficiente, di un ventricolo sinistro ipertrofico e di un'apparente disfunzione diastolica,

- una perizia medica particolareggiata E 213 della dott.ssa B._____, medico dell'INPS, dell'8 novembre 2011 (doc. 12), diagnosticante, nel quadro di movimenti (forza e tono muscolare) e di un'andatura normali, un'ipertensione arteriosa con lieve ipertrofia ventricolare sinistra (IVSX), ectasia di radice aortica ascendente e lieve insufficienza mitralica, complicata da una nefropatia con lieve insufficienza renale cronica (IRC), una cefalea muscolo-tensiva cronica con lieve sindrome ansioso-depressiva reattiva e segni strumentali di insufficienza cerebrovascolare cronica, una cervicalgia e una lombalgia da artrosi, nonché un'artralgia del polso destro da esiti di frattura dell'epifisi distale del radio (EDR), trattata chirurgicamente. Nella perizia è inoltre specificato che l'assicurata è in grado di svolgere regolarmente lavori semipesanti, non implicanti ritmi particolarmente stressanti, ma che non può più esercitare a tempo pieno la sua ultima attività d'operaia addetta alle pulizie, mentre è capace di svolgere, non a tempo pieno però, un'occupazione adeguata alle sue condizioni, il grado d'invalidità essendo stimato, conformemente alle disposizioni di legge italiane, al 55%,

- diversa documentazione medica italiana (doc. 19 a 30), in particolare un referto ecografico renale del 27 gennaio 2012 ed una cartella clinica relativa ad un soggiorno per problemi nefrologici, svoltosi dal 19 al 25 febbraio 2009,

- i questionari per il datore di lavoro, per gli assicurati occupati nell'economia domestica e per l'assicurata, del 10 marzo 2012 (doc. 31), da cui si evince che quest'ultima ha lavorato in Italia come bracciante agricola solamente dal 1° gennaio al 31 dicembre 1997 (cessazione dell'attività per motivi di salute; ditta non più rintracciabile), che la sua economia domestica si compone di due persone, viventi in uno spazio di cinque locali, e che le mansioni casalinghe vengono tutte svolte da membri della sua famiglia, durante venti ore alla settimana.

B.

L'UAIE ha quindi sottoposto l'incarto alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona della dott.sa C._____, generalista, la quale, in una presa di posizione del 27 giugno 2012 (doc. 36), ha riformulato la diagnosi contenuta nella perizia E 213, determinando, da inizio 2011, un'incapacità lavorativa del 50% per l'ultima attività svolta e del 31% per i compiti dell'economia domestica, con la precisazione che non vi sono attività sostitutive proponibili. Il medico dell'UAIE ha puntualizzato che l'assicurata è abile al lavoro unicamente nella misura di quattro ore giornaliere, fissando una revisione nel 2015.

Il 6 luglio 2012 (doc. 37) l'UAIE ha chiesto alla dott.ssa C._____ di specificare da quando l'assicurata avesse rivelato un'incapacità lavorativa di almeno il 20%. La dott.ssa C._____ ha risposto il 13 luglio 2012 (doc. 38), evidenziando che sussiste un'incapacità lavorativa del 20% per l'attività di bracciante agricola dal 1997, ed ha corretto la sua valutazione dell'incapacità lavorativa come casalinga, formulando un valore del 40% da inizio 2011, con la precisazione che, per il periodo dal 1997 a fine 2010, non è possibile indicare, in mancanza di dati, eventuali limiti funzionali nella tenuta dell'economia domestica.

C.

Il 6 agosto 2012 (doc. 40) l'UAIE ha chiesto alla dott.ssa D._____, del proprio servizio medico, di pronunciarsi sul grado definitivo dell'incapacità lavorativa come casalinga (31 o 40%). La dott.ssa D._____ ha preso posizione in questo senso il 3 settembre 2012 (doc. 41), rilevando il carattere manifestamente erroneo della modifica del grado d'incapacità lavorativa dal 31 al 40% proposta dalla dott.ssa C._____, quest'ultima non avendo infatti precisato le ragioni di un tale cambiamento.

L'11 settembre 2012 l'UAIE ha quindi approntato un progetto di decisione (doc. 42), con il quale ha ventilato all'assicurata il rigetto della sua domanda di rendita d'invalidità, invitandola nel contempo a formulare

eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni. L'assicurata non essendosi più manifestata, l'UAIE ha emanato la corrispondente decisione il 14 novembre 2012 (doc. 43).

D.

Contro questa decisione, rappresentata dall'avvocato Coppola, l'assicurata ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 14 dicembre 2012, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità o, a titolo subordinato, di grado inferiore, e ciò a decorrere dalla data della domanda o dalla maturazione del diritto. La ricorrente ha allegato all'impugnativa un referto di consulenza tecnica d'ufficio del dott. E._____, del 7 agosto 2012, all'attenzione del Tribunale civile di ..., sezione lavoro, nonché due certificati di dimissione clinica, relativi a soggiorni dal 9 al 15 e dal 28 al 31 novembre 2012.

L'UAIE ha risposto al ricorso il 12 febbraio 2013, postulandone il rigetto con la conseguente conferma della decisione impugnata.

E.

La ricorrente ha replicato il 19 marzo 2013, allegando diversa documentazione medica, in parte già agli atti, ed ha ribadito le proprie conclusioni.

La dott.ssa C._____ si è nuovamente pronunciata sul caso il 23 aprile 2013 (doc. 45), specificando innanzitutto un'incapacità lavorativa del 20%, per l'attività esercitata fino al 1997, dall'estate 2010, e del 70% da inizio 2011, nonché del 40% come casalinga da inizio 2011, tenuto conto del fatto che la problematica principale, a carattere invalidante, ossia i processi degenerativi della colonna vertebrale, identificati già nell'estate 2010, si è rivelata ad inizio 2011. Il medico dell'UAIE ha concluso che, l'insieme degli elementi diagnostici accertati, tra cui un'insufficienza renale cronica, un'ipertensione arteriosa severa, una spondilartrosi cervicale ed una sindrome ansioso-depressiva di carattere reattivo, occasionano, da inizio 2011, un'incapacità lavorativa generale del 70% e del 40% come casalinga, un grado del 20% almeno d'incapacità lavorativa essendo determinabile solamente a partire dall'estate 2010.

L'UAIE ha così duplicato il 28 maggio 2013, riproponendo, con esplicito riferimento alla presa di posizione della dott.ssa C._____, del 23 aprile 2013, di riservare al ricorso un esito negativo e di confermare la decisione avversata.

F.

Con decisione incidentale del 5 giugno 2013, questo Tribunale ha trasmesso alla ricorrente copia della duplica e dell'ultimo rapporto del medico dell'UAIE allo scopo di presentare eventuali nuove osservazioni, ciò che non è avvenuto, invitandola nel contempo a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.-, il quale è stato effettuato il 26 giugno 2013.

Diritto:**1.**

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

Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2 Secondo l'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). In conformità con l'art. 2 LPGA, 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. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 Conformemente all'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. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla

notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

1.4 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

2.

2.1 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto, del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici riferiti nella sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1), assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE riferiti nella sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 ch. 2).

2.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e

del Consiglio, del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1), relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11), che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831), 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, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845), che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

L'allegato II è peraltro completato da un protocollo, che ne costituisce parte integrante (art. 3 ch.2), in cui sono stipulate regole speciali riguardo all'assicurazione contro la disoccupazione, agli assegni per grandi invalidi e alla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

2.4 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò detto, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della stessa al momento della decisione impugnata, in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente

determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 6^a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), sono quindi applicabili, come lo sono le disposizioni della LPGa, se e per quanto la LAI lo preveda (art. 2 LPGa).

4.

Il periodo di cognizione giudiziaria di questo Tribunale si estende fino al 14 novembre 2012, data della decisione avversata, visto che il giudice delle assicurazioni sociali deve analizzare, come appena ricordato al consid. 3, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, anche se può tenere conto dei fatti verificatisi dopo tale data, quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138 e 445, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a).

5.

La ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che le sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità o, a titolo sussidiario, di grado inferiore.

6.

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, una cittadina italiana deve, cumulativamente, essere invalida ai sensi della legge svizzera ed avere versato contributi all'AVS/AI svizzera durante almeno tre anni (art. 36 LAI). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'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 pag. 4065; art. 45 del Regolamento n. 1408/71).

In concreto, è pacifico che la ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

7.

7.1 In base all'art. 8 cpv. 1 LPGa è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 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'ALC, 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 Il diritto alla rendita, secondo 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%. 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 cpv. 1 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 obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

7.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 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, 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. 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 pag. 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).

7.6 Occorre precisare che 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. 5 e 28a cpv. 2 LAI e art. 8 cpv. 3 LPGA; 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.

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'assicurato viene determinato valutando se lo stesso, da sano, 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 dove tale eventualità si presenti alla luce della situazione personale, familiare, sociale ed economica, con un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 133 V 504 consid.3.3, 125 V 150 consid. 2c e 117 V 194 consid. 3b).

8.

Il giudice delle assicurazioni sociali fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti). Egli 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 pag. 109).

9.

9.1 In concreto, la ricorrente non esercita più alcuna attività lucrativa dal 1° gennaio 1998, occupandosi da allora esclusivamente della sua economia domestica, per cui occorre fondarsi sui documenti medici allo scopo di valutare la sua capacità lavorativa.

9.2 Dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia E 213 della dott.ssa B._____, medico dell'INPS, dell'8 novembre 2011 (doc. 12), e dalla presa di posizione della dott.ssa C._____, medico generalista dell'UAIE, del 27 giugno 2012 (doc. 36), confermata il 23 aprile 2013 (doc. 45), risulta la diagnosi d'ipertensione arteriosa con lieve ipertrofia ventricolare sinistra, ectasia di radice aortica ascendente e lieve insufficienza mitralica, complicata da una nefropatia con lieve insufficienza renale cronica, di cefalea muscolo-tensiva cronica con lieve sindrome ansioso-depressiva reattiva e segni

strumentali di insufficienza cerebrovascolare cronica, di cervicalgia e lombalgia da artrosi, nonché d'artralgia del polso destro da esiti di frattura dell'epifisi distale del radio, trattata chirurgicamente.

Visto il carattere univoco di questa diagnosi, del resto non contestata dalla ricorrente, questo Tribunale non vede nessun valido motivo per scostarsene.

9.3 Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate, la dott.ssa B._____ ha constatato che la ricorrente è in grado di svolgere regolarmente lavori semipesanti, non implicanti ritmi particolarmente stressanti, ma che non può più, a tempo pieno, né esercitare la sua ultima attività d'operaia addetta alle pulizie, né un'occupazione adeguata alle sue condizioni di salute, il grado d'invalidità essendo pari, conformemente alle disposizioni legali italiane, al 55%.

Dal canto suo, la dott.ssa C._____ ha stabilito, il 27 giugno 2012, un'incapacità del 50% per l'ultima attività svolta e del 31% per i compiti dell'economia domestica, con la precisazione che non entrano in considerazioni attività sostitutive, puntualizzando che la ricorrente è abile al lavoro unicamente nella misura di quattro ore giornaliere. Nella sua presa di posizione del 13 luglio 2012 (doc. 38), confermata dettagliatamente il 23 aprile 2013 (doc. 45), la dott.ssa C._____ ha invece formulato un'incapacità lavorativa come casalinga del 40%, a decorrere da inizio 2011, apportando le seguenti modifiche all'allegato IV compilato il 27 giugno 2012: la limitazione dovuta all'handicap per l'alimentazione è aumentata da 15 a 20%, per la pulizia dell'appartamento da 50 a 70%, per gli acquisiti da 50 a 55% e per il bucato e la manutenzione dei vestiti da 50 a 60% (cfr. anche la Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità [CIGI], punti 3079 a 3095: <http://www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/view/3950/lang:ita/category:34>). A questo proposito, l'opinione, espressa il 3 settembre 2012 dalla dott.ssa D._____ (doc. 41), secondo cui la dott.ssa C._____ avrebbe commesso un errore manifesto correggendo il grado d'invalidità dal 31 al 40% ("*il s'agit manifestement d'une erreur de sa part car il n'y a qu'un seul et unique questionnaire économique au dossier*", doc. 41), non riposa su nessun indizio all'incarto, tanto più che la dott.ssa C._____ si è in seguito espressamente riferita alle modifiche da lei apportate all'allegato IV ("*s. neuer, revid. HH-Fragebogen!*"; doc. 38).

9.4 Visto quanto precede, questo Tribunale constata innanzitutto che l'UAIE ha applicato a giusto titolo il metodo specifico, visto che la ricorrente non ha più esercitato alcuna attività lucrativa dopo il 31 dicembre 1997, dedicandosi alla tenuta della propria economia domestica. Ciò precisato, la dott.ssa C._____ ha considerato in un primo tempo che la ricorrente, come casalinga, presentava un'invalidità del 31% da inizio 2011, sottolineando che le indicazioni contenute nel questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica non erano attendibili (doc. 36). In un secondo tempo, a due riprese (doc. 38 e 45), la dott.ssa C._____ ha determinato un'invalidità del 40%, come casalinga, sempre da inizio 2011, rilevando chiaramente di avere modificato in questo senso l'allegato IV ("*s. neuer, revid. HH-Fragebogen!*"; doc. 38). Se è vero, come ha messo in evidenza la dott.ssa D._____ (doc. 41), che la dott.ssa C._____ non ha spiegato in dettaglio le ragioni del cambiamento della sua valutazione, questo Tribunale non intravede comunque alcun motivo per pensare che la dott.ssa C._____ abbia commesso, a due riprese, un errore nel fissare il grado definitivo d'invalidità della ricorrente come casalinga al 40%, soprattutto tenuto conto del fatto che ha ponderato diversamente ben quattro dei setti punti dell'allegato IV (alimentazione, pulizia dell'appartamento, acquisti nonché bucato e manutenzione dei vestiti) rispetto alla sua prima valutazione. Dal canto suo, la dott.ssa D._____ non ha né specificato, né giustificato per quali ragioni il grado d'invalidità del 40% non sarebbe attendibile. Oltre a ciò, non può non essere evidenziato il fatto che l'UAIE, nella sua duplica del 28 maggio 2013, si è certo riferito all'ultima presa di posizione della dott.ssa C._____, del 23 aprile 2013 (doc. 45), ma non a proposito, visto che lo ha fatto per confermare un grado d'invalidità del 31%, mentre nella detta presa di posizione il grado d'invalidità formulato è del 40%.

10.

Di conseguenza, il ricorso deve essere parzialmente accolto, la decisione avversata annullata e la causa rinviata all'UAIE in virtù dell'art. 61 cpv. 1 PA.

11.

Secondo l'art. 61 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso decide la causa o eccezionalmente la rinvia, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore. Benché questa norma permetta solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata in concreto, se si considera che è necessario delucidare le questioni,

senza contraddizioni, della diagnosi e della capacità lavorativa (DTF 137 V 210, consid. 4.4.1.4).

In concreto, l'UAIE dovrà risottoporre l'incarto ad un terzo medico del proprio servizio, vista la contraddizione creatasi riguardo al grado d'invalidità, del 31 o del 40%, come casalinga. Il detto specialista procederà, se lo giudicherà necessario, a compilare un nuovo formulario per la determinazione del grado d'invalidità in quanto casalinga, dettagliando e giustificando le proprie conclusioni conformemente alle esigenze poste dalla giurisprudenza (cfr. in particolare sentenza del Tribunale federale del 16 luglio 2007 nella causa I 733/2006). Dopo che il servizio medico avrà espresso il suo parere in questo senso, l'UAIE emanerà quindi una nuova decisione impugnabile.

12.

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, non sono prelevate spese processuali e il relativo anticipo di Fr. 400.-, versato il 26 giugno 2013, è restituito alla ricorrente.

Conformemente all'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). In concreto, considerato che la ricorrente ha agito per il tramite di un rappresentante professionale, per cui ha dovuto sostenere spese indispensabili e relativamente elevate, è giustificato assegnargli un'indennità per spese ripetibili di Fr. 800.- a carico dell'UAIE (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]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata la decisione impugnata del 14 novembre 2012, l'incarto è rinviato all'UAIE affinché proceda ai sensi dei considerandi e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali e il relativo anticipo di Fr. 400.-, versato dalla ricorrente, le sarà restituito dopo la crescita in giudicato della presente sentenza.

3.

Alla ricorrente si assegna un'indennità per spese ripetibili di Fr. 800.- a carico dell'UAIE.

4.

Comunicazione:

- al rappresentante della ricorrente (Raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata).

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

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. 72 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: