



Corte III
C-6876/2008/
{T 0/2}

Sentenza del 16 aprile 2010

Composizione

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

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avvocato Enrico Bortone,
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 invalidità, decisione dell'8 settembre 2008.

Fatti:**A.**

A. _____, cittadina italiana nata il (...), coniugata e madre di un figlio, ha lavorato in Svizzera come operaia calzaturiera dal 1977 al 1995, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 9 e 83). Il 29 marzo 2007, 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 tendente ad ottenere una rendita d'invalidità svizzera (doc. 1 a 4). L'assicurata percepisce una pensione d'invalidità italiana dal 1° giugno 2007 (doc. 7).

B.

Nell'ambito dell'istruzione della domanda di rendita, l'UAIE ha acquisito, tra gli altri, i documenti seguenti:

- il questionario per il datore di lavoro, del 5 dicembre 2007, dal quale traspare che l'assicurata ha lavorato da ultimo in Italia come operaia calzaturiera, dal 10 gennaio al 4 novembre 2005, quando la ditta che l'aveva assunta ha cessato la propria attività, eseguendo otto ore quotidiane durante cinque giorni alla settimana, e percependo un salario di EUR 6.49 all'ora, 1'123.- al mese e 14'599.- all'anno (doc. 8),
- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica, del 5 dicembre 2007, dal quale si evince, in particolare, che l'economia domestica dell'assicurata si compone di tre persone, viventi in uno spazio di quattro locali, e che quest'ultima svolge le mansioni casalinghe con l'aiuto di membri della sua famiglia e di terzi per i lavori più impegnativi per un totale di quindici ore alla settimana (doc. 9),
- il questionario per l'assicurata, dell'11 dicembre 2007, dal quale risulta che l'interessata è stata attiva come operaia calzaturiera (dipendente) dal 1° settembre 1997 al 5 novembre 2005, quando ha smesso di lavorare a causa delle sue precarie condizioni di salute e in seguito alla chiusura dell'azienda che l'impiegava, otto ore quotidiane per cinque giorni alla settimana (doc. 10),
- una cartella clinica di dimissione, relativa ad un ricovero in Italia dal 7

al 14 dicembre 2001, facente stato di cervicobrachialgie da discopatia e di una sindrome fibromialgica (doc. 13),

- un referto radiologico dell'anca destra e della colonna lombosacrale, del 31 ottobre 2003, che riferisce l'assenza di alterazioni ossee e una riduzione della lordosi lombare fisiologica (doc. 15),

- due referti radiologici, uno del piede sinistro e uno del piede destro, del 12 novembre 2003 e 5 gennaio 2004, facenti stato di note artrosiche (doc. 17 e 18),

- diversi referti relativi a degli esami dell'udito (doc. 20, 21 e 23),

- due schede di dimissione ospedaliera, relative a due ricoveri in Italia dal 19 al 27 aprile, rispettivamente dal 1° al 12 maggio 2006, in cui sono diagnosticati dei tumori maligni dello stomaco; nella seconda scheda è inoltre menzionata l'esecuzione di una gastrectomia parziale con anastomosi digiunale (doc. 26 e 27),

- varia documentazione medica, dalla quale si evincono, in particolare, dei segni di lombartrosi e di gonartrosi destra, come pure un'ipertensione arteriosa, un'ipoacusia bilaterale, un abbondante meteorismo intestinale con obesità ed un aumento di volume del fegato d'impronta steatosica (doc. 28 a 38),

- una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. B._____, del 14 maggio 2007, nella quale è posta la diagnosi di esiti da recente resezione gastrica subtotale con linfadenectomia D2 e ricostruzione meccanica gastrodigiunale per adenocarcinoma di tipo intestinale ulcerato dello stomaco a diffusione superficiale infiltrante la sottomucosa sino a ridosso della muscolare (Early Gastric Cancer/EGC depresso). Nella stessa è specificato che l'assicurata può continuare a svolgere regolarmente lavori leggeri, senza controindicazioni, ma che non è più in grado né di esercitare l'attività d'operaia calzaturiera, né un lavoro adeguato alle sue condizioni, ed è formulato un tasso d'invalidità del 70% (doc. 39).

C.

L'UAIE ha trasmesso per apprezzamento la documentazione raccolta al proprio servizio medico, nella persona del dott. C._____. Nella sua presa di posizione del 20 febbraio 2008, quest'ultimo ha richiesto

della documentazione medica supplementare riguardo all'affezione dello stomaco e ai disturbi dell'apparato locomotore (doc. 42).

Per il tramite dell'INPS, sono stati prodotti i seguenti documenti:

- una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. D._____, del 15 aprile 2008, facente stato di esiti da resezione gastrica per EGC depresso, d'ipotiroidismo, d'insufficienza venosa cronica e varici troncolari dell'arto inferiore destro, di calcolosi della colecisti, d'ipoacusia bilaterale, d'ipertensione arteriosa, di spondiloartrosi e d'obesità, e nella quale è precisato che l'assicurata non è più in grado di svolgere regolarmente nessuna attività ed è formulato un tasso d'invalidità generale del 70% (doc. 58);

- un referto di visita ortopedica, del 23 aprile 2008, che riferisce, nel quadro di buone condizioni di salute generali, la presenza di poliartralgie senza rilevanti deficit funzionali (doc. 59);

- diversi referti di esami clinici, quali una mammografia bilaterale del 29 ottobre 2007, un'ecografia della tiroide-paratiroidi del 6 novembre 2007, una radiografia del torace ed un'ecografia dell'addome superiore epatica del 26 novembre 2007 (doc. 46, 48, 50 e 51);

- diversi referti inerenti all'apparato uditivo, quali un audiogramma del 17 marzo 2008 ed una tomografia computerizzata del 9 aprile 2008 (doc. 54 e 57);

- un rapporto del dott. E._____, stilato il 21 marzo 2008, nel quale è riferito che la paziente, in seguito all'intervento chirurgico di resezione gastrica subtotale, è sottoposta periodicamente a controllo clinico strumentale ed è allo stato attuale libera da malattia (doc. 55).

D.

Prendendo posizione sul caso il 26 giugno 2008, con riferimento, in special modo, alla nuova documentazione medica acquisita all'incanto, il dott. C._____ ha stabilito la diagnosi, influente sulla capacità lavorativa, di poliartralgie e di esiti da EGC depresso, come pure la diagnosi, ininfluente sulla capacità lavorativa, di varicosi della gamba destra, d'ipotiroidismo, di calcolosi della colecisti, d'adiposità e d'ipoacusia. Egli ha inoltre formulato, per l'ultima attività svolta, un'incapacità lavorativa del 100% dall'aprile 2006 e del 10% dal 1°

luglio 2006, per le mansioni domestiche, un'incapacità completa dal 19 aprile, del 50% dal 1° giugno e nulla dal 1° luglio 2006, e, in attività confacenti, un'incapacità del 10% dal 1° luglio 2006, escludendo l'esercizio di lavori pesanti (doc. 63).

Il 1° luglio 2008 l'UAIE ha quindi approntato un progetto di decisione, con il quale ha preannunciato all'assicurata il rigetto della sua domanda di rendita d'invalidità, invitandola nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni (doc. 64).

Mediante scritto del 24 luglio 2008, rappresentata dall'avvocato Bortone, l'assicurata ha manifestato il proprio disaccordo con questa decisione, chiedendo che le sia riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità, ed ha allegato della documentazione medica, in parte già all'incarto, che attesta sostanzialmente gli elementi diagnostici menzionati in precedenza (doc. 65 a 73).

Il dott. C._____ ha preso nuovamente posizione sul caso il 27 agosto 2008, ribadendo le proprie conclusioni (doc. 75).

L'8 settembre 2008 l'UAIE ha così emanato una decisione, con la quale ha confermato il rigetto della domanda di rendita d'invalidità (doc. 76).

E.

Contro questa decisione, rappresentata dall'avvocato Bortone, l'assicurata ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 24 ottobre 2008, postulando che le sia concessa una rendita d'invalidità, ed ha esibito documenti medici, parzialmente già all'incarto, dai quali emergono, in sostanza, le nuove componenti diagnostiche d'ipermobilità uretrale, d'otite cronica e di discreto danno neurogeno da sofferenza radicolare C/5-6-7.

Il dott. F._____, medico dell'UAIE, si è pronunciato sul caso, con particolare riferimento alla detta documentazione medica, mediante rapporto del 9 febbraio 2009, considerando che i sintomi di queste affezioni solo ora oggettivate, erano già stati descritti in precedenza e che essi, comunque, non esplicano un'influenza sulla capacità ad eseguire i compiti domestici, ed ha quindi confermato le conclusioni del dott. C._____ (doc. 80).

L'UAIE ha risposto al ricorso il 17 febbraio 2009, chiedendone il rigetto con la conseguente conferma della decisione impugnata.

La ricorrente ha replicato il 28 marzo 2009, producendo un referto d'esame radiologico del rachide cervicale, del 29 gennaio 2009, facente stato, sostanzialmente, di una spondiloartrosi e di una discoartrosi, ed un certificato medico del 2 febbraio 2009, relativo ad una frattura di base del 5° metatarso sinistro.

F.

Il 19 maggio 2009 il dott. F._____ si è pronunciato sui due documenti medici esibiti con la replica, affermando che essi non palesano nuove risultanze diagnostiche, ed ha quindi riconfermato le proprie conclusioni (doc. 82).

L'UAIE ha duplicato il 25 maggio 2009, riproponendo di rigettare il ricorso e confermare la decisione impugnata.

G. Con decisione incidentale del 31 marzo 2009, questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Un versamento di Fr. 297.- è stato effettuato il 23 aprile 2009. Il 4 giugno 2009, questo Tribunale ha sollecitato la ricorrente a saldare la differenza di Fr. 3.-, relativa all'anticipo delle spese processuali. La ricorrente ha proceduto ad un pagamento di Fr. 4.- il 16 giugno 2009.

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).

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). 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 relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

2.

2.1 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). Trattasi 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 i cittadini di uno Stato membro della Comunità europea, ivi risiedenti, ed i cittadini svizzeri (art. 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). 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).

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.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire dal 1° gennaio 2008, secondo le nuove disposizioni.

4.

La ricorrente ha contestato la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che le sia riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità.

5.

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.

In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI, nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007, precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta.

In concreto, la ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 29 marzo 2007. Questo Tribunale può quindi limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 29 marzo 2006 (ossia dodici mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita fosse sorto tra tale data e l'8 settembre 2008, data della decisione dell'UAIE. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6.

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere, cumulativamente, le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;

- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tale 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).

In concreto, è pacifico che la ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

7.

7.1 In base all'art. 8 LPGGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

7.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI (art. 29 cpv. 4 LAI a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

7.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita

alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

7.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

7.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI 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, 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 (metodo generale). 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.

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 28 cpv. 2bis 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 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b).

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 (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 p. 109).

9.

Dall'incarto risulta che la ricorrente ha lavorato da ultimo tra il gennaio ed il 4 novembre 2005 quale operaia calzaturiera alle dipendenze della ditta (...). Dal questionario compilato dal datore di lavoro si rileva che la dipendente ha potuto esercitare le proprie mansioni regolarmente, per 8 ore al giorno e 40 alla settimana, senza dover assumere lavori più leggeri né dover interrompere l'attività per motivi di salute, per un salario mensile di EUR 1'123.-, e che l'interruzione dell'attività era dovuta alla chiusura della ditta. La ricorrente fa invece valere che la cessazione dell'attività era anche dovuta a ragioni di salute. Da quanto precede si può tuttavia concludere che, almeno sino al 4 novembre 2005, non vi è alcuna invalidità a livello pensionabile.

A partire da tale data, la ricorrente è stata posta in cassa integrazione sino al 30 aprile 2007 e da allora non ha più ripreso il lavoro. In concreto, come si vedrà nei considerandi che seguono, la questione se l'eventuale incapacità di lavoro della ricorrente debba essere valutata quale casalinga (metodo specifico) o quale persona esercitante un'attività lucrativa (metodo generale), può restare indecisa.

10.

10.1 In concreto, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia E 213 del dott. D._____, medico dell'INPS, del 15 aprile 2008 (doc. 58), dal rapporto finale del dott. C._____, medico dell'UAIE, del 26 giugno 2008 (doc. 63), e dalle prese di posizione del dott. F._____, medico dell'UAIE, formulate il 9 febbraio e il 19 maggio 2009 nell'ambito della presente procedura (doc. 80 e 82), risulta la diagnosi di poliartralgie (compreso il discreto danno neurogeno da sofferenza radicolare C/5-6-7) e di esiti da EGC depresso, di varicosi della gamba destra, d'ipotiroidismo, di calcolosi della colecisti, d'ipertensione arteriosa, d'adiposità, d'ipoacusia (otite cronica) e d'ipermobilità uretrale.

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

10.2 Per costante giurisprudenza, le affezioni appena menzionate sono di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Così, nell'assenza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile l'art. 29 cpv. 1 let. a LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007), per cui può entrare in considerazione solo la lettera b della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui avesse subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante almeno un anno.

11.

Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate sulla capacità lavorativa, sia il dott. B._____, nella perizia E 213 del 14 maggio 2007, che il dott. D._____, nella sua perizia E 213, hanno formulato un grado d'invalidità, secondo il diritto italiano, del 70%, ritenendo che la ricorrente non è più in grado di svolgere regolarmente nessuna attività lavorativa.

Il dott. C._____ ha invece considerato, nel suo rapporto finale, un'incapacità lavorativa completa per l'attività di operaia calzaturiera dall'aprile 2006 e del 10% dal 1° luglio 2006, ossia tre mesi dopo l'intervento di gastrectomia parziale, un'incapacità completa per le mansioni domestiche dal 19 aprile, del 50% dal 1° giugno e nulla dal 1° luglio 2006, e un'incapacità del 10% per attività lavorative confacenti, "*leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit leicht vermehrten Pausen*", pure dal 1° luglio 2006. A fondamento di questa valutazione, il medico dell'UAIE ha osservato, in particolare, che il trattamento dell'EGC non ha necessitato una chemioterapia e, almeno fino al 21 marzo 2008, data del rapporto del Dott. E._____, non si sono manifestate delle recidive della malattia tumorale. Egli ha inoltre sottolineato che non sussistono deficit nutrizionali, la ricorrente avendo aumentato di peso di 10 kg tra l'ottobre 2006 e l'aprile 2008. Per quanto attiene ai disturbi dell'apparato locomotorio, riferendosi specificatamente al referto di visita ortopedica del 23 aprile 2008 (doc. 59), il dott. C._____ ha rilevato che si tratta di poliartralgie diffuse senza deficit funzionali, le quali, come le altre affezioni diagnosticate, sono ininfluenti sulla capacità lavorativa sia quale casalinga sia nell'ambito dell'ultima attività esercitata. Egli ha ancora evidenziato il fatto che gli impedimenti nell'esecuzione delle mansioni domestiche, così come descritti dalla ricorrente nell'apposito formulario (doc. 9),

non sono conciliabili con la documentazione medica all'incarto, concludendo che l'ausilio di parenti può essere tutt'al più giustificato per certe attività pesanti, quali acquisti e pulizie importanti ("Grosseinkäufe, Grossputz").

La valutazione del dott. C._____ è stata confermata a due riprese dal dott. F._____, il quale ha specialmente notato che i sintomi delle affezioni avanzate per la prima volta con il ricorso (un'ipermobilità uretrale, un'otite cronica e un discreto danno neurogeno da sofferenza radicolare C/5-6-7), erano già stati descritti in precedenza all'incarto e che non giustificano pertanto un'incapacità lavorativa rilevante su un lungo periodo.

12.

Questo Tribunale ritiene che non vi è motivo di scostarsi dalla valutazione del caso effettuata dall'UAIE e basata sui rapporti del suo servizio medico, il quale ha tenuto conto di tutta la documentazione oggettiva agli atti, ivi compresa quella esibita in procedura di ricorso. Sulla scorta delle considerazioni che precedono, il Tribunale considera pertanto che la ricorrente, sia nell'attività di casalinga, sia nella precedente attività di operaia calzaturiera o in attività di sostituzione confacenti al suo stato di salute, non presenta un grado d'invalidità sufficiente a fondare il diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera.

13.

È necessario a questo punto ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

14.

Di conseguenza, la decisione impugnata dell'8 settembre 2008 deve essere confermata e il ricorso respinto.

15.

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 che vede la ricorrente soccombere, le spese processuali sono poste a carico di quest'ultima e compensate con l'anticipo versato il 23 aprile e il 16 giugno 2009.

In conformità con l'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). Considerato l'esito della procedura, non si assegnano alla ricorrente indennità per spese ripetibili. Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del Regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali sono poste a carico della ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 23 aprile e il 16 giugno 2009.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

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

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 (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: