



Corte III
C-7143/2007
{T 0/2}

Sentenza del 15 aprile 2009

Composizione

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

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.

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana nata il (...), coniugata e madre di due figli, ha lavorato in Svizzera nel periodo dal (...) al (...), versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Il 9 ottobre 2006 l'assicurata ha formulato una domanda per l'ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera all'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), trasmessa all'Ufficio dell'assicurazione invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) il 21 novembre 2006 (doc. 1 a 4 e 38). L'assicurata non ha per contro inoltrato all'INPS nessuna domanda di pensione italiana (doc. 46.1).

B.

Nell'ambito dell'istruttoria della domanda di rendita, l'UAIE ha acquisito i documenti seguenti:

- i formulari dell'INPS relativi alla domanda di pensione d'invalidità (doc. 1 a 4),
- il questionario per l'assicurata, del 23 marzo 2007, nel quale quest'ultima ha dichiarato, in particolare, di avere smesso di lavorare verosimilmente nel 1983, a seguito di una riduzione del personale in seno alla ditta W._____, dove esercitava la sua professione otto ore al giorno, per quaranta ore alla settimana, percependo un salario mensile di Fr. 1'300.- (doc. 8),
- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica, del 10 aprile 2007, dal quale si evince, in particolare, che l'economia domestica dell'assicurata si compone di quattro persone, viventi in uno spazio di sette locali, e che le mansioni casalinghe vengono svolte prevalentemente dal marito e da uno dei figli (doc. 9),
- diversa documentazione medica, dal 1988 al 2007, in parte di difficile lettura, facente stato di molteplici diagnosi, quali colica biliare alitiasica, calcolosi della colecisti, spondilosi, ipertrofia della plica sinoviale e condropatia condilo-mediale del ginocchio sinistro, disarmonia dell'asse vertebrale, gonalgia, algodistrofia, esofagite e gastroduodenite, periartrite scapolo-omerale, alterazioni a carattere degenerativo della cuffia dei rotatori destra ed esiti di meniscectomia selettiva mediale e laterale (doc. 10 a 36),

- la perizia medica particolareggiata del dott. C._____, del 30 ottobre 2006 (formulario E 213), nella quale si evidenzia, nel quadro di uno stato di salute buono dell'assicurata, la diagnosi di gonalgia sinistra in seguito a pregressi interventi chirurgici, spondiloartrosi, coxartrosi bilaterale, periartrite alla spalla destra, gastroduodenite ipersecreativa, esofagite e ipertensione arteriosa, con un'invalidità del 60% per l'ultimo lavoro svolto e la capacità di svolgere a tempo pieno un lavoro adeguato alle sue condizioni (doc. 37).

C.

L'UAIE ha quindi sottoposto l'incarto per apprezzamento al proprio servizio medico, nella persona del dott. L._____. Nel suo rapporto del 19 giugno 2007, quest'ultimo ha attestato come diagnosi principale, con ripercussione sulla capacità lavorativa, una gonartrosi incipiente a sinistra e un'ipertensione arteriosa polmonare ("pulmonary arterial hypertension", PAH), con alterazioni degenerative della cuffia dei rotatori. Come diagnosi ininfluyente sulla capacità lavorativa, egli ha ritenuto degli esiti di una colecistectomia e di un'operazione al setto nasale, come pure un'ipertonìa. Egli ha quindi concluso che, visto lo stato di salute buono dell'assicurata, i dolori al ginocchio e alla cuffia dei rotatori la impediscono nell'esercizio delle mansioni domestiche unicamente nella misura del 12% (doc. 39 e 39.1).

Il 25 giugno 2007 l'UAIE ha così emesso un progetto di decisione, con il quale prospettava il rigetto della domanda di prestazioni del 9 ottobre 2006, accordando nel contempo all'assicurata un termine di trenta giorni per presentare eventuali obiezioni (doc. 40).

Il 15 agosto 2007, per il tramite dell'avv. Potenza, l'assicurata ha ribadito la sua opinione di avere diritto ad una rendita d'invalidità svizzera, per il motivo che soffre di ipertensione arteriosa, sindrome ansio-depressiva, coxartrosi sinistra, periartrite scapolo-omerale, osteopenia post-menopausale, calcolosi renale, gastroduodenite erosiva e fibromatosi uterina, patologie dal carattere gravemente invalidante (doc. 42).

Chiamato a pronunciarsi sulle osservazioni dell'assicurata, il dott. L._____ ha riconfermato la sua valutazione il 1° settembre 2007. Egli ha sottolineato che non sono stati prodotti nuovi referti e che la problematica al ginocchio è rilevante, quale impedimento nell'esercizio

delle mansioni casalinghe, solamente in una misura inferiore al 20%, l'assicurata stessa avendo confermato, nel questionario relativo all'economia domestica, che gran parte delle dette mansioni può essere sbrigata con l'aiuto dei suoi familiari (doc. 44).

L'11 settembre 2007 l'UAIE ha così emesso una decisione di rigetto della domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità, presentata dall'assicurata il 9 ottobre 2006 (doc. 45).

D.

Contro questa decisione, sempre per il tramite del suo avvocato, l'assicurata ha inoltrato ricorso, il 17 ottobre 2007, al Tribunale amministrativo federale, chiedendo di dichiarare la decisione nulla per mancanza di motivazione, di riconoscere il suo diritto ad una rendita d'invalidità a far data dalla presentazione della domanda, e di attribuirle un'indennità per spese ripetibili.

Nella sua risposta del 14 dicembre 2007, l'UAIE ha ribadito la propria posizione. La ricorrente ha quindi replicato il 4 febbraio 2008, riconfermandosi nelle proprie conclusioni e, nel contempo, lamentandosi di non avere ottenuto copia dei rapporti medici agli atti, fatti stabilire dall'UAIE.

Con ordinanza dell'11 febbraio 2008, il Tribunale amministrativo federale ha accolto la domanda d'esame dei detti rapporti medici e ne ha trasmesso copia per conoscenza alla ricorrente.

E.

Il Tribunale amministrativo federale ha poi invitato la ricorrente, mediante decisione incidentale del 12 marzo 2008, a versare un anticipo di Fr. 300.-, equivalente alle presunte spese processuali.

Vista la richiesta della ricorrente, del 9 aprile 2008, di essere esentata dal pagamento delle spese processuali, il Tribunale amministrativo federale l'ha invitata, con ordinanza del 16 aprile 2008, a volere compilare il formulario per l'ottenimento del gratuito patrocinio, con la comminatoria che, in caso di mancato invio dei mezzi di prova, la richiesta sarà decisa in base agli atti. La ricorrente ha riempito il detto formulario il 13 maggio 2008.

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), sempre che 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 stato presentato tempestivamente, nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), ed è pertanto ricevibile.

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 cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea 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.

3.1 Secondo 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.

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). Le disposizioni della 5^a revisione della LAI e della LPGA, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

4.

La ricorrente ha contestato la validità formale della decisione dell'UAIE, rilevando che essa sarebbe nulla poiché priva di motivazione.

5.

5.1 Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è prevista all'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale della Confederazione svizzera del 18 aprile 1999 (Cost, RS 101), comprende il diritto per l'assicurato di prendere conoscenza dell'incarto (DTF 132 II 485 consid. 3, 126 I 7 consid. 2b), di esprimersi in merito agli elementi pertinenti prima che una decisione sia emessa nei suoi confronti, di produrre delle prove pertinenti, di ottenere che sia dato seguito alle sue offerte di prove pertinenti, di partecipare all'amministrazione delle prove essenziali o almeno di poter esprimersi sul suo risultato, allorquando questo è proprio ad influenzare la decisione da emanare (cfr. DTF 124 II 132 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata). Nel quadro della procedura amministrativa il diritto di essere sentito è consacrato dagli art. 26-28 (diritto di esaminare gli atti), dagli art. 29-33 (diritto di essere sentito *stricto sensu*) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata).

5.2 La giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito, definito dalle norme speciali di procedura (quali l'art. 35 PA), l'obbligo per

l'autorità di motivare la sua decisione, così da permettere ai destinatari ed a tutte le persone interessate di comprenderla, eventualmente di impugnarla ed in modo da rendere possibile all'autorità di ricorso eventualmente adita di esercitare convenientemente il suo controllo (cf. DTF 129 I 232 consid. 3.2; DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c, DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 del 15 ottobre 2007 consid. 5.1.1). Si è in presenza di una violazione del diritto di essere sentito se l'autorità non soddisfa al suo obbligo di esaminare e di trattare i problemi pertinenti (cf. DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c). Per adempiere a tali esigenze, è sufficiente che il giudice (o l'autorità) menzioni, almeno brevemente, i motivi sui quali ha fondato la sua decisione, in modo da permettere all'interessato di apprezzare la portata di quest'ultima e di impugnarla in piena conoscenza di causa (cfr. DTF menzionate). In generale, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla complessità della fattispecie da giudicare, dalla potenziale gravità delle conseguenze della decisione e dalle circostanze del singolo caso. Più la libertà d'apprezzamento dell'autorità è ampia e più la misura adottata arreca pregiudizio ai diritti dei singoli, più la decisione deve essere circostanziata (cfr. DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 precitata). Sebbene la motivazione deve fare emergere le riflessioni dell'autorità in merito agli elementi (di fatto o di diritto) essenziali che hanno influenzato la decisione, l'autorità non è comunque tenuta a pronunciarsi su tutti i fatti, argomentazioni e mezzi di prova invocati dalle parti, ma può permettersi di limitarsi a quelli che, senza arbitrio, le sembrano decisivi per la risoluzione della causa (cfr. DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 112 la 107 consid. 2b). Nel campo delle assicurazioni sociali, in particolare, le esigenze relative alla motivazione non devono essere particolarmente elevate. È, infatti, sufficiente che l'amministrazione indichi brevemente i motivi della decisione e quali sono gli elementi alla base di quest'ultima (DTF 124 V 180, consid. 1a, confermato in DTF del 9 maggio 2000 in re I. ed in Pra 2001, n. 71, consid. 1 a/bb).

5.3 Il diritto di ottenere una decisione motivata costituisce una garanzia costituzionale di natura formale, la cui violazione causa in principio l'annullamento della decisione impugnata, indipendentemente dalle possibilità di esito positivo del ricorso nel merito (cfr. DTF 126 I 19 consid. 2d/bb; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 122 II 464 consid. 4a e giurisprudenza citata). Eccezionalmente un'eventuale

violazione del diritto di essere sentito può essere sanata, allorquando l'autorità che ha emanato la decisione ha preso posizione in merito alle argomentazioni decisive nel quadro dello scambio degli scritti e che l'amministrato ha avuto la possibilità di esprimersi liberamente di fronte ad un'autorità di ricorso, la cui cognizione è altrettanto ampia che quella dell'autorità inferiore (cfr. DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 130 II 530 consid. 7.3; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 124 V 389 consid. 5a e 180 consid. 4a).

5.4 In concreto, la motivazione della decisione impugnata appare certo concisa, ma ciò non ha impedito alla ricorrente di comprenderne la portata e di deferirla all'istanza superiore. Nell'ambito del ricorso, infatti, la ricorrente ha potuto difendersi in maniera corretta: è stata in grado di dedurre i fatti su cui la decisione si fonda e le ragioni per cui è stata pronunciata. Comunque, anche se la decisione fosse considerata non sufficientemente motivata, si rileva che tale carenza sarebbe sanata dal ricorso davanti al Tribunale amministrativo federale, il quale dispone infatti di pieno potere d'esame (fatti e diritto). Inoltre, con la sua risposta del 14 dicembre 2007, l'UAIE ha avuto modo di esprimersi sul contenuto del ricorso e di completare le motivazioni della sua decisione, successivamente notificate alla ricorrente, alla quale è stato concesso il diritto di replica, di cui ha fatto uso (cfr. DTF 116 V 39/40 consid. 4b).

Visto quanto precede, la censura della ricorrente in ordine all'insufficienza della motivazione e, quindi, alla violazione del suo diritto di essere sentito, deve essere respinta.

6.

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

7.

In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI 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 9 ottobre 2006. Il Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi

ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 9 ottobre 2005 (ossia dodici mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e l'11 settembre 2007, 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).

8.

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 durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

In concreto, è pacifico che la ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita.

9.

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

9.2 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. 1ter 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 dell'Unione europea e vi risiede.

9.3 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).

9.4 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.

9.5 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, 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.

9.6 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). 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).

9.7 In concreto, dall'incarto risulta che la ricorrente ha smesso di lavorare verosimilmente nel 1983, ma al più tardi nel 1985, a seguito di una riduzione del personale nella ditta presso la quale era attiva (doc. 8 e 46.1). Di conseguenza, considerato che la cessazione dell'attività lavorativa non è intervenuta per ragioni di salute, ma per motivi economici, appare giustificato applicare, per calcolare il grado d'invalidità, il metodo di valutazione relativo alle casalinghe, piuttosto che il metodo generale, come peraltro correttamente ammesso dall'UAIE.

10.

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).

11.

In concreto, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia del dott. C._____ (doc. 37) e dai rapporti del dott. L._____, medico dell'UAIE (doc. 39 e 44), si evidenzia la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di gonalgia, di alterazioni degenerative della cuffia dei rotatori destra e di ipertensione arteriosa. Per contro, secondo il dott. L._____, le altre affezioni menzionate nella documentazione medica agli atti non risultano ripercuotersi sulla capacità lavorativa della ricorrente, come pure quelle affezioni citate nel ricorso, quali la sindrome ansioso-depressiva e l'osteopenia post-menopausale, che non sono per di più suffragate da referti medici.

Considerate queste conclusioni chiare e motivate riguardo alla diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa, il collegio giudicante non intravede nessun motivo per discostarsene.

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, 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 ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante almeno un anno.

12.

La decisione impugnata si fonda sulla perizia del dott. C. _____ e sui rapporti del dott. L. _____ (doc. 37, 39, 39.1 e 44).

Partendo dalla diagnosi esposta al considerando precedente, il medico dell'UAIE ha infatti osservato che, tenuto conto dei disturbi alle ginocchia ed alle spalle, il disbrigo delle mansioni di casalinga non era impedito in misura rilevante. Sulla base delle risposte fornite dalla ricorrente nel questionario per assicurati occupati nell'economia domestica (doc. 9), il medico dell'UAIE ha quindi calcolato un grado d'invalidità del 12%, conformemente alla Circolare sull'invalidità e l'assegno per grandi invalidi (cifre 3093 a 3098) dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali. Questo valore si compone di un grado del 4% per le attività di pulizia dell'alloggio, dell'1.2% per gli acquisti, del 4% per il bucato e lo stirare, e del 3% per diverse altre mansioni casalinghe (doc. 39.1).

Dalla documentazione medica agli atti, in particolare dagli esami radiografici effettuati nel maggio 2006 al ginocchio destro ed alla spalla sinistra (doc. 27), risultano unicamente dei segni di gonartrosi, rispettivamente di periartrite scapolo-omerale; dall'esame di risonanza magnetica (RM) del ginocchio, eseguito nell'ottobre 2006 (doc. 32), non si evidenziano alterazioni morfologiche e dell'intensità di segnale a carico del residuo meniscale mediale e laterale, e neppure segni di processi patologici a carico dei legamenti crociati e collaterali.

Occorre inoltre rilevare che, per quanto concerne le condizioni psichiche, nella perizia del dott. C. _____ si riferisce unicamente che la ricorrente è un "soggetto ansioso", senza nessuna altra indicazione.

Considerato che il calcolo del grado d'invalidità è stato effettuato correttamente dal medico dell'UAIE, tenendo conto di tutti i parametri pertinenti, il collegio giudicante è del parere che la ricorrente è limitata ad esercitare la sua attività abituale di casalinga nella misura del 12%, per cui non sussiste il diritto ad una rendita d'invalidità.

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).

Secondo la giurisprudenza, questo obbligo vale anche per ogni casalinga invalida. Infatti, una casalinga invalida deve organizzarsi in modo tale da ridurre gli effetti del proprio impedimento, adottando le misure che prenderebbe una persona ragionevole nella sua stessa situazione, per potere sbrigare le faccende domestiche nel modo più completo e indipendente possibile. Se una casalinga invalida può svolgere certi lavori domestici solamente con fatica e impiegando molto più tempo del solito, deve rivolgersi ai propri familiari, affinché l'aiutino nel limite del possibile. La perdita di guadagno che subisce una casalinga invalida può essere compensata unicamente se l'esecuzione delle faccende domestiche avviene da parte di terzi contro remunerazione oppure, se essa avviene da parte dei familiari, qualora questi subiscano una perdita pecuniaria o debbano fare uno sforzo sproporzionato. Nel quadro della valutazione del grado d'invalidità di una casalinga, l'assistenza dovuta dai familiari va perciò oltre alla misura di ciò che è usuale quando non sussiste nessun danno alla salute (DTA 133 V 504, consid. 4.2).

14.

Di conseguenza, in applicazione delle norme legali sopra citate, la decisione impugnata dell'11 settembre 2007 deve essere confermata e il ricorso respinto.

15.

Con scritto del 9 aprile 2008, la ricorrente ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria per quanto attiene alle spese di procedura.

15.1 Conformemente all'art. 65 cpv. 1 PA, se una parte non dispone dei mezzi necessari e le sue conclusioni non sembrano prive di probabilità di successo, l'autorità di ricorso, il suo presidente o il giudice dell'istruzione la dispensa, a domanda, dopo il deposito del ricorso, dal pagamento delle spese processuali.

Secondo la giurisprudenza consolidata, i presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono di massima adempiuti se il richiedente si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, sentenza della II Corte di diritto pubblico del Tribunale federale I 134/06 del 7 maggio 2007). A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275 e DTF 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b).

15.2 In concreto, dal formulario per la richiesta del gratuito patrocinio, si rileva che le condizioni finanziarie della ricorrente giustificano la dispensa dal pagamento delle spese processuali e che il ricorso non appariva di primo acchito sprovvisto di possibilità di esito favorevole. La ricorrente è pertanto ammessa al beneficio dell'assistenza giudiziaria e non si prelevano quindi spese processuali.

16.

In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato.

In concreto, visto l'esito della procedura, non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

La domanda d'assistenza giudiziaria parziale è accolta e non si prelevano dunque spese processuali.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

- al rappresentante della ricorrente (raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (...; raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

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 (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: