



Corte III
C-8179/2010

Sentenza del 14 dicembre 2012

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Daniel Stufetti, Elena Avenati-Carpani;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____, patrocinata dallo studio legale Barsi & Papadia,
Viale O. Quarta 16, IT-73100 Lecce,
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'11 ottobre 2010).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il , ha lavorato in Svizzera dal 1984 al 1988, solvendo regolari contributi all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Dopo il rimpatrio, non ha più svolto attività lucrativa (doc. 16). In data 23 dicembre 2008, la nominata ha formulato una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 8).

B.

La richiedente è stata visitata il 16 gennaio 2009 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale di Casarano (INPS), dove il medico incaricato ha rilevato la diagnosi di "sindrome depressiva cronica grave e disturbi da attacchi di panico ricorrenti, esiti di safenectomia arti inferiori, ipercolesterolemia, spondiloartrosi con discopatie cervicali" ed ha posto un tasso d'invalidità del 55% (doc. 53). Sono stati esibiti:

- diversi esami del 2000 o anteriori, fra gli altri: i risultati di un esame cardiologico completo del 17 dicembre 1997; i risultati di un pan-colonscopia del 23 gennaio 1998; una cartella clinica relativa al ricovero del maggio 1999 per gastroenterite; i risultati di un ecocolordoppler vascolare carotideo del 24 marzo 2000; i risultati di un'endoscopia del 10 giugno 2000; i risultati di esami nefrologici (doc. 21-27);

- una lettera di dimissione ospedaliera per il ricovero dal 16 al 22 giugno 2000 per episodi lipotimici, ipercolesterolemia, sindrome della bile spessa, protrusioni discali C3-C4 e C5-C6 (doc. 28);

- un certificato medico a firma e timbro illeggibili del 12 ottobre 2002 attestanti problemi di depressione, crisi di panico e crisi anginose (doc. 32);

- un certificato del 7 ottobre 2002 del centro di salute mentale di Maglie dal quale si evince che la paziente è in cura dal luglio 2000 per disturbi psichici (attacchi di panico e altro) e che abbisogna del servizio di terzi per adempiere alle sue incombenze famigliari (doc. 33);

- un nuovo esame ecodoppler carotideo del 30 ottobre 2002 (doc. 35);

- una cartella clinica relativa al ricovero per motivi psichiatrici del luglio 2000 e nuovi attestati psichiatrici del 28 marzo e 9 dicembre 2003 (doc. 36, 37);
- un estratto di cartella clinica relativo al ricovero dal 18 al 20 gennaio 2005 per frattura trimalleolare destra osteosintetizzata (doc. 41);
- un referto psichiatrico del Dott. Cesi del 28 novembre 2007 attestante una severa depressione cronica e disturbi da attacchi di panico ricorrenti (doc. 46) ed un altro referto psichiatrico del 5 dicembre 2008 (doc. 48);
- un referto radiologico della colonna sacro-coccigea e lombosacrale del 6 dicembre 2008 (doc. 49) ed un attestato del servizio di pronto soccorso di stessa data per trauma lombosacrale (doc. 51).

Il questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica, sottoscritto il 19 marzo 2009 dall'assicurata, risulta composto di sole 2 pagine, la prima e l'ultima (doc. 16).

L'incarto è stato sottoposto in esame al Dott. Lamberti del servizio medico regionale "Rhône" (SMR), il quale, nel suo rapporto del 5 maggio 2009, ha proposto un aggiornamento dal punto di vista psichiatrico (doc. 55).

L'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha quindi chiesto all'INPS un complemento d'indagine psichiatrica (doc. 56, 58).

Ad atti è pervenuta una relazione di visita psichiatrica su formulario redatta nel settembre 2009 dalla Dott.ssa Caracciolo, attestante un disturbo da attacchi di panico in paziente con reattività a problematiche familiari, patologia con incidenza funzionale lieve-media (doc. 59).

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. Lamberti, il quale ha negato il requisito dell'invalidità (doc. 62).

C.

Un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative è stato inviato il 19 ottobre 2009 al Patronato ENCAL di Patù, già regolare rappresentante di A. _____ (doc. 63).

Con scritto del 5 novembre 2009 detto Patronato ha ribadito la richiesta di prestazioni assicurative dell'AI (doc. 72). Produce una relazione d'esame psichiatrico del Dott. Cesi dell'11 novembre 2009, attestante grave de-

pressione endo-reattiva e grave disturbo da attacchi di panico, paziente compromessa nel lavoro e nella sfera sociale (doc. 71); un'ecografia mammaria bilaterale del 24 settembre 2009 (doc. 70); esami ematochimici del 25 giugno 2009 (doc. 67, 68), un referto d'esame clisma opaco del 20 gennaio 2009 ed un'ecografia addome completa del 25 giugno 2009 (doc. 65, 66).

Nel rapporto del 23 dicembre 2009, il Dott. Lamberti ha consigliato di sottoporre il caso a un medico psichiatra dell'UAIE (doc. 74). Nella relazione del 28 aprile 2010, i Dott.ri Habicht (psichiatra) e Lamberti (reumatologo) hanno consigliato una visita peritale in Svizzera (doc. 76 e 76bis).

L'incarico è stato assegnato al Dott. Bazeghy, psichiatra a Bellinzona. La nominata è stata visitata ambulatorialmente dall'esperto il 29 luglio 2010. Egli ha posto la diagnosi di distimia ed ha stimato che l'interessata presenta un'incapacità lavorativa del 20% (doc. 84).

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. Habicht, il quale, nel rapporto del 30 settembre 2010, ha condiviso diagnosi e valutazione espresse dal Dott. Bazeghy (doc. 87). Nel contempo è stata valutata la capacità di lavoro residua nell'ambito dell'economia domestica da parte del Dott. Lamberti e ne è risultata un'abilità totale (doc. 87).

Mediante decisione dell'11 ottobre 2010, l'UAIE ha respinto la domanda di rendita AI (doc. 89).

D.

Con il ricorso depositato il 18 novembre 2010, A._____, regolarmente rappresentata dagli avvocati Barsi e Papadia di Lecce, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. Produce, a suffragio delle sue conclusioni, documentazione in parte già ad atti ed inoltre (segnatamente):

- un attestato del Dott. Cesi, psichiatra, del 21 luglio 2010 nel quale si ribadiscono le affezioni psichiche;
- un referto di risonanza magnetica (RM) del rachide cervicale e dorso-lombosacrale del 3 luglio 2010;
- un referto radiografico dorso-lombosacrale e torace del 9 marzo 2010;

- alcuni certificati relativi a problemi dermatologici e altri referti relativi ad analisi uterine.

E.

In esito a decisioni incidentali del 3 dicembre 2010 e 11 febbraio 2011, la ricorrente ha provveduto a versare l'anticipo corrispondente alla presunte spese processuali di 300 franchi (esattamente 303 franchi).

F.

Ricevuto il ricorso, l'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. Lamberti, il quale, nella relazione del 20 aprile 2011, ha affermato che la documentazione esibita non poneva in evidenza mutamenti rispetto a quanto già accertato in precedenza (doc. 95).

Nella sua risposta di causa del 27 aprile 2010, l'UAIE propone la reiezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

G.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'autorità inferiore e di altra documentazione di rilievo, gli avvocati Barsi e Papadia, con replica del 16 maggio 2011, hanno ribadito l'intenzione della propria assistita di mantenere il ricorso.

Copia della replica, per conoscenza, è stata inviata il 23 maggio 2011 all'UAIE.

Diritto:

1.

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

2.

2.1 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

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

2.3 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'insorgente ha versato entro i termini stabiliti l'anticipo corrispondente alle spese processuali (per l'esattezza 303 franchi). Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea. Di conseguenza, è applicabile, nella specie, 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).

3.2 L'allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base al quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinava-

no i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento) ed il regolamento (CEE) n. 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

3.3 Secondo l'art. 3 del regolamento (CEE) n. 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'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 del presente accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'accordo, in particolare l'allegato II che regola i 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 d'invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

4.

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 (5a 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 (DTF 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 da quella data, secondo le nuove disposizioni.

5.

5.1 Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino all'11 ottobre 2010, data dell'impugnata decisione. 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 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 con i rinvii).

5.2 Può essere tuttavia precisato che il giudice deve tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data dell'impugnata decisione quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2, DTF 121 V 362 consid. 1b). In altri termini, dei fatti sopraggiunti posteriormente alla data del-

la decisione dell'autorità inferiore devono nondimeno essere presi in considerazione se sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5, 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2., DTF 121 V 362 consid. 1b, DTF 118 V 200 consid. 3a in fine, DTF 99 V 98 consid. 4).

6.

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;

- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per 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 tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

Nella specie, la ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai 3 anni. Pertanto, 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 LPGa è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

7.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal

1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI (art. 29 cpv. 4 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 dell'UE 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 si è stabilizzato; la seconda lettera 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%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). Questa norma, in particolare per quanto riguarda il periodo di carenza di 6 mesi, si applica anche ai casi dove l'incapacità al lavoro dovesse iniziare dopo il 1° gennaio del 2007 e l'eventuale diritto alla rendita dopo il 1° gennaio 2008 (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_562/12 del 18 ottobre 2012 consid. 3.4).

7.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di

un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è oggettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

7.5 Per gli art. 5 ed 8 cpv. 3 LPGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può esigere che l'esercitino, sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete.

8.

8.1 L'assicurata non ha più svolto attività lucrativa dopo il 1988. Dopo il rimpatrio, si è dedicata alla sua famiglia (si è sposata in quell'anno secondo l'anamnesi sociale della perizia psichiatrica, doc. 84) ed ha avuto due figli nel 1990 e 1992.

8.2 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). 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).

8.3 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. 28 cpv. 2^{bis} LAI nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2007, ora, art. 28a cpv. 2 LAI). L'art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI; RS 831.201) 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.

8.4 In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, 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).

Inoltre, 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 e 122 V 160).

9.

9.1 Dalla documentazione ad atti si evince che la richiedente è portatrice, principalmente, di una patologia psichica che il Dott. Baghezy, nella perizia consegnata il 9 agosto 2010 (visita il 29 luglio precedente, doc. 84) ha classificato come "distimia (ICD 10-F34.1)". Dalla documentazione pervenuta tramite l'INPS di Casarano risulta che la richiedente soffre di una sindrome depressiva cronica grave e disturbo da attacco di panico ricorrenti; esiti di safenectomia arti inferiori, ipercolesteolemia, spondiloartrosi con discopatie cervicali. Non vengono rilevate ulteriori patologie, sebbene, stando agli atti, l'interessata si sottoponeva di frequente ad indagini sanitarie approfondite in diverse discipline (neurologia, gastroenterologia, nefrologia, dermatologia).

9.2 Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007). Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare.

9.3 Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, la ri-

corrente 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 media del 40% almeno durante un anno.

10.

10.1 Per quanto attiene alle conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 55%, ed il medico psichiatra curante, Dott. Cesi, in più referti, indica che la paziente non sarebbe in grado di attendere alle sue usuali occupazioni. Di contro, la Dott.ssa Caracciolo, alla quale l'INPS si è rivolto per ottenere un'indagine ed una valutazione indipendente su richiesta dell'UAIE, nel formulario medico del settembre 2009 (doc. 59), indica una diagnosi meno severa di quella espressa dal Dott. Cesi e dal medico dell'INPS, ossia un disturbo da attacchi di panico in paziente con reattività a problematiche familiari, e considera l'incidenza funzionale di questa patologia come "lieve-media".

10.2 Atteso che sussistevano divergenze in merito a diagnosi e valutazione anche da parte dei medici italiani, l'UAIE ha giustamente ritenuto necessario procedere ad un accertamento specialistico in Svizzera.

Al proposito, va rilevato che una perizia richiesta dall'UAIE (in casu ad uno specialista in psichiatria) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte (DTF 136 V 376 consid. 4, vedi anche sentenza del Tribunale federale 9C_189/2011 dell'8 luglio 2011 consid. 3.2). Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). Determinante è la circostanza che la perizia del servizio di accertamento medico rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valedudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di

perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a, DTF 122 V 160 consid. 1c). In una recente giurisprudenza il Tribunale federale ha tra l'altro precisato che quando in opposizione ad un accertamento di un servizio medico specifico dell'AI viene presentata una perizia che contraddice in modo scientifico ed esauriente quanto espresso dalla precedente indagine sia in ambito diagnostico che nelle conclusioni, ed il giudice non è in grado di decidere quali fra le due può essere condivisa, è lecito far allestire una perizia giudiziaria indipendente e conclusiva (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

10.3

10.3.1 A._____ presenta dunque principalmente una distimia. Ora, di regola la diagnosi di distimia non è invalidante, a meno che sia associata a altri disturbi patologici (sentenza del Tribunale federale 9C_98/2010 del 28 aprile 2010 consid. 2.2.2 con i rif.). All'analisi dello stato psichico, il Dott. Bazeghy descrive una persona lucida, ben orientata nello spazio e nel tempo, con eloquio spontaneo, simultaneo e coordinato; la percezione è pronta e priva di anomalie; non vi è nessun disturbo cognitivo, né comportamentale. La paziente gode di comprensione adeguata con intelligenza nella norma. Essa non presenta alcun disturbo di ideazione. L'interessata assume a tratti una mimica di tipo depressivo e, a tratti, espressivo. L'esperto ha notato una labilità emotiva accompagnata da un'affettività a tratti depressiva. Per quel che riguarda gli attacchi di panico sembra che questi siano diminuiti negli ultimi mesi. Lo specialista stima che la cura in atto, importante, deve essere mantenuta ed è del parere che esplica buoni effetti. Manifestazioni di rinuncia, perdita d'interesse e piacere per le attività, tendenza all'isolamento ed altro rientrano nel quadro della definizione diagnostica sopra ricordata e l'esperto non intravede una diagnosi di maggiore incidenza debilitante. Conto tenuto di ancora possibili attacchi di panico e delle circostanze generali, il Dott. Bazeghy ammette comunque un'incapacità di lavoro generale del 20%. Egli constata tuttavia che la paziente svolge regolarmente la sua attività di casalinga e, in tutti questi anni, è riuscita a gestire la famiglia, crescendo 2 figli, malgrado un conflitto importante con l'ex marito ed delusioni affettive (peraltro menzionate in diagnosi anche dalla Dott.ssa Caracciolo, doc. 59).

10.3.2 Per il resto, l'assicurata soffre di problemi ortopedici non invalidanti. L'apparato locomotorio/articolare si presenta funzionalmente utile a parte qualche limitazione al rachide cervicale e lombare. Le radiografie e RM adatti non depongono per una patologia comportante una compromissione valetudinaria. L'ipercolesterolemia è solo una constatazione sani-

taria e/o un rischio per la salute e non rappresenta una malattia debilitante. L'assicurata gode infine di buone condizioni generali di salute, ogni altro organo ed apparato essendo indenne da patologie.

11.

11.1 La valutazione del lavoro domestico si basa sulle indicazioni della richiedente stessa, le quali sono controllate in una certa misura dall'amministrazione. Il risultato è necessariamente una valutazione esaminata dall'UAIE (o dal giudice in caso di ricorso) alla luce delle perizie mediche ad atti. Il controllo giudiziario richiede che ogni punto della valutazione sia stato determinato con cura e precisione. Il risultato in percentuale che si ottiene non può essere arrotondato (DTF 127 V 129 consid. 5, VSI 2001 p. 265).

11.2 Nel caso in esame, il questionario per le persone occupate nell'economia domestica è incompleto (doc. 16). Da informazioni assunte presso l'autorità inferiore risulta probabile un errore d'archiviazione (doc. TAF 16). Ciò non toglie che i medici dell'UAIE (cfr. doc. 87), abbiano valutato le incombenze domestiche e abbiano espresso una valutazione attendibile sulla base delle conclusioni espresse dal Dott. Bazeghy. Analizzando la situazione medica con le incombenze domestiche (famiglia di 3 persone in tutto in una casa di 4 vani), si giunge a ritenere che l'interessata, alla luce delle patologie presenti, potrebbe incontrare delle difficoltà nell'ambito dei lavori più pesanti (come le grandi pulizie, stendere la biancheria, ecc.), mentre in compiti più leggeri la sua capacità resta quasi intatta (condotta dell'economia domestica, preparazione dei pasti, riordino, ecc.). Nel complesso, l'interessata presenta una capacità al lavoro completa nell'ambito della consuete attività domestiche, come indicato dai Dott.ri Habicht (psichiatra) e Lamberti dell'UAIE nelle loro valutazioni del 5/10 ottobre 2010.

11.3 Il collegio giudicante non ha pertanto alcun motivo di scostarsi dal convincente parere del Dott. Bazeghy e dei due medici dell'UAIE (Dott.ri Lamberti ed Habicht), fondato sul corretto apprezzamento del caso concreto e sull'attento esame della documentazione medica ad atti. Si tratta infatti di osservazioni cliniche da cui si possono derivare utili, oggettivi e persuasivi elementi di giudizio atti a dimostrare che, nonostante le affezioni di cui è portatrice, A._____, entro la data della decisione in esame, sarebbe stata in grado di attendere alle sue usuali faccende domestiche in modo tale da escludere un'invalidità di rilievo ai fini della rendita, ossia con un grado d'incapacità di lavoro del 20% (Dott. Bazeghy) o, se-

condo il parere dei medici dell'UAIE, addirittura nullo nell'ambito dei lavori domestici. Non è ovviamente necessario dirimere questa divergenza dal momento che, in ogni caso, l'invalidità è inferiore al 40%. In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

12.

12.1 Le spese processuali, fissate a 303 franchi, sono messe a carico dell'insorgente e vengono compensate con l'anticipo versato dalla ricorrente.

12.2 Visto l'esito del ricorso, non si assegnano indennità per spese ripetibili alla parte soccombente.

Per quel che 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 sono compensate con l'anticipo fornito.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (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: