Bundesverwaltungsgericht

Tribunal administratif fédéral

Tribunale amministrativo federale

Tribunal administrativ federal

Corte III
C-5517/2007
{T 0/2}

Sentenza del 5 gennaio 2010

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Beat Weber e Michael Peterli,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A._____,
patrocinata dall'avvocato Aldo Licci,
ricorrente,

contro

Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE),
avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del
13 luglio 2007).

Fatti:

A.
A._____, cittadina italiana, nata il (...), coniugata, ha lavorato in Svizzera dal 1971 al 2005 (doc. 42), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo. Il 31 luglio 2004, ha interrotto il lavoro a seguito di riorganizzazione interna del datore di lavoro (doc. 19) rispettivamente pure per motivi di salute (doc. 20). Rientrata in Italia, si è dedicata ai lavori della propria economia domestica (doc. 21). Il 28 febbraio 2006, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2).

B.
Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- un rapporto medico del 9 dicembre 1983 del B._____, nel quale è posta la diagnosi di epilessia parziale ad eziologia sconosciuta con crisi parziali complesse a generalizzazione secondaria; è stato altresì segnalato che la paziente ha sofferto di un episodio di svenimento (spasmi alle braccia, alle gambe, saliva alla bocca) in gennaio nonché di un episodio di perdita di coscienza (spasmi alle estremità, saliva alla bocca) in giugno, nonché indicato che la stessa lamenta stato confusionale, sensazioni di déjà vu, senso di soffocamento, palpitazioni nonché ansia; è stata infine prescritta l'assunzione di medicamenti (anticonvulsivi) (doc. 22);

- un certificato medico del 21 novembre 1984 del dott. C._____, secondo cui l'interessata, a seguito dell'assunzione di un farmaco antiepilettico, non ha più presentato crisi di tipo grande male (l'ultima crisi si è verificata il 15 giugno 1984), la medesima soffre di cefalee ogni 3 settimane (il senso di soffocamento e le vertigini non si sarebbero più manifestati) e il decorso della malattia è positivo (doc. 23);

- un rapporto medico del 22 gennaio 1985 del B._____, nel quale è segnalato un miglioramento delle crisi epilettiche,

precisato che la paziente è attiva quale venditrice e postulato il proseguimento del trattamento farmacologico (doc. 24);

- un certificato medico del 22 maggio 1985 del dott. C._____, da cui risulta che le condizioni di salute dell'interessata sono state definite come stazionarie (rispetto alla precedente visita medica) e che la medesima ha sofferto di lievi disturbi psicosomatici nonché di senso di soffocamento da febbraio a marzo; secondo il medico, il decorso della malattia è positivo (doc. 25);

- un rapporto medico del 2 luglio 1985 del B._____, nel quale è evidenziata la diagnosi di epilessia parziale con prevalenti crisi parziali complesse, segnalato che, a seguito dell'assunzione di un farmaco antiepilettico (D._____), l'epilessia risulta in buon compenso dal profilo clinico nonché elettroencefalografico, indicato che i disturbi lamentati dalla paziente (ronzio auricolare, fischi, inquietudine, palpitazioni) hanno un'origine prevalentemente di tipo vegetativo, precisato che l'interessata lavora al 75% e che la medesima è di nuovo in grado di guidare un'automobile (doc. 26);

- un rapporto medico del 24 aprile 1986 del B._____, in cui è posta la diagnosi di epilessia parziale in trattamento farmacologico, segnalato che la paziente non ha più sofferto né di crisi né di senso di soffocamento o ronzio auricolare dall'ottobre del 1985, ritenuto che lo stato di salute generale e neurologico della medesima è stabile, evidenziato che la stessa assume regolarmente i medicamenti e precisato che quest'ultima lavora al 50% (doc. 27);

- un rapporto medico del 22 settembre 1986 del B._____, nel quale è evidenziata la diagnosi di epilessia parziale al momento in buon controllo farmacologico, segnalato che la paziente non ha più sofferto di alcuna crisi, pur presentando (in caso di agitazione) ronzio auricolare o cefalea, senza svenimento, e ritenuto che il decorso dell'epilessia è positivo (doc. 28);

- un rapporto medico del 28 gennaio 1987 del B._____, da cui appare, da un lato, che la paziente ha verosimilmente sofferto di una breve crisi focale (confusione in testa e disturbi del linguaggio) dieci giorni prima e, dall'altro, indicato che la

medesima era sotto stress a causa del lavoro (attività lavorativa svolta al 100%) nonché della situazione familiare (doc. 29);

- un rapporto medico dell'11 maggio 1987 del B._____, giusta il quale la paziente non ha più sofferto negli ultimi tempi né di crisi né di disturbi della conoscienza e neppure di fenomeni motori e che le condizioni di salute della medesima dal profilo neurologico sono stabili (doc. 30);

- un rapporto medico del 12 ottobre 1987 del B._____, nel quale è posta la diagnosi di epilessia parziale con rare crisi parziali complesse al momento in buon controllo farmacologico, indicato che la paziente non ha più presentato crisi con sintomatologia convulsiva e perdita della coscienza, segnalato che la medesima soffre raramente di senso di soffocamento e sensazione di deja vu e precisato che quest'ultima assume regolarmente i farmaci antiepilettici ed è attiva al 75% (doc. 31);

- un rapporto medico del 7 dicembre 1988 del B._____, secondo cui la paziente è affetta da epilessia parziale con rare crisi parziali complesse asintomatiche (forma mite di epilessia) al momento in buon controllo farmacologico, la medesima non ha più presentato crisi da due anni e che il decorso dell'epilessia è positivo (doc. 32);

- un rapporto medico del 30 novembre 1989 del B._____, da cui appare che l'interessata lamenta episodi di dispnea, tacchicardia, tremore, ansia, confusione in testa, sensazione di perdita di controllo del corpo nonché iperemia da circa 3 mesi (circa ogni 2-3 giorni per circa 10-15 minuti) e che la stessa è stata sottoposta ad un elettrocardiogramma durante il sonno; in particolare, dal referto dell'esame non emerge alcuna patologia clinica (doc. 33);

- un rapporto medico del 28 giugno 2001 del B._____, in cui è evidenziata la diagnosi di epilessia parziale sintomatica con crisi parziali semplici, parziali complesse a generalizzazione secondaria e indicato che la paziente riferisce di sentirsi meglio, di avere sofferto tra il 1989 ed il 1995 di crisi parziali complesse isolate mensili e di presentare da due anni strane sensazioni allo stomaco, tremori interni nonché tacchicardia da una a tre volte all'anno (doc. 34);

- un rapporto medico del 10 agosto 2001 del B._____, nel quale è posta la diagnosi di epilessia sintomatica con crisi parziali semplici, parziali complesse a generalizzazione secondaria (G 40.2 secondo l'ICD 10) a seguito di un danno cerebrale infantile, segnalato che la paziente si sente stanca, aggressiva e piange, indicato che da molti anni la medesima soffre sporadicamente soltanto di crisi semplici focali (sensazione di formicolio alla pancia, sensazione di angoscia, percezione di un clic in testa, perdita della parola per una frazione di secondo) e prescritta una modifica della posologia dei medicamenti (doc. 35);

- un rapporto medico del 12 aprile 2005 del B._____, in cui è evidenziata la diagnosi di presumibile epilessia sintomatica (criptogena) con crisi semplici-focali, complesse-focali e tonico-cloniche generalizzate (G 40.2 secondo l'ICD 10), riferito che la paziente è stata affetta da una crisi tonico-clonica generalizzata nel 1983, ha presentato ancora due crisi tonico-cloniche generalizzate, a seguito delle quali è stata sottoposta a terapia con anticonvulsivo, e nel corso degli anni ha sofferto di episodi (al massimo una volta al mese ed ogni 3-4 mesi, l'ultima volta il 6 gennaio e il 3 aprile 2005) con sensazione di corrente alla testa, formicolio alla pancia, angoscia e perdita della parola, ma senza perdita di coscienza (l'interessata si sarebbe trovata in situazione di stress familiare) nonché prescritta una modifica della posologia dei medicamenti (doc. 36 nonché doc. 40 e 41);

- un rapporto medico del 17 maggio 2005 del B._____, giusta il quale la paziente riferisce di sentirsi meglio, di non avere sofferto di alcuna crisi dall'ultima visita di controllo nonché di ben tollerare il medicamento anticonvulsivo e postulato un controllo dopo sei o dodici mesi (doc. 37);

- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana effettuata il 20 marzo 2006, da cui emerge la diagnosi di verosimile epilessia sintomatica con attacchi focali, in buon controllo farmacologico, assai lieve stato d'ansia reattivo, menopausa post-chirurgica (isterectomia totale per fibro-amatosi). Le condizioni di salute dell'interessata sono state definite stazionarie e la stessa è stata ritenuta in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, nonché il suo ultimo

lavoro ed un lavoro adeguato alle sue condizioni a tempo pieno. È stato segnalato che l'assicurata è considerata, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, invalida al 40% sia nella sua precedente attività sia in un'attività adeguata alle sue condizioni (doc. 38);

- i certificati di lavoro per l'attività quale impiegata d'ufficio svolta in Svizzera dal novembre del 1986 al luglio del 2004 (doc. 6 a 11);

- il questionario per il datore di lavoro del 14 novembre 2006 (doc. 19);

- il questionario per l'assicurata del 22 novembre 2006, nel quale l'assicurata ha dichiarato di non esercitare alcuna attività lucrativa (doc. 20);

- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica del 22 novembre 2006, nel quale l'assicurata ha segnalato di poter svolgere le mansioni consuete che competono ad una casalinga, ma di non essere più in grado di pulire i pavimenti né di pulire i vetri e di necessitare dell'aiuto di terzi (segnatamente del marito) per tali mansioni (doc. 21).

C.

Nel suo rapporto del 29 marzo 2007, il dott. E._____, del Servizio medico regionale “Rhône” (SMR), specialista in neurologia, ha esposto la diagnosi di epilessia parziale con generalizzazioni secondarie. Il medico ha osservato che l'assicurata (53 anni) è stata attiva quale segretaria e casalinga. Ha rilevato che la medesima è affetta, da molti anni, da epilessia con buona risposta al trattamento farmacologico (terapia antiepilettica). La stessa soffre principalmente di crisi parziali semplici (senza ripercussioni sullo stato di coscienza) come pure di rare crisi parziali complesse (alterazione dello stato di coscienza) e generalizzazioni secondarie (convulsioni). Secondo il menzionato medico, l'esercizio dell'attività di segretaria nonché dell'attività di casalinga è esigibile. Pertanto, il dott. E._____ ha ritenuto che l'interessata presenta una capacità lavorativa intatta, dunque del 100%, sia nella precedente attività di segretaria (lavoro a tempo pieno e senza attività in altezza o con macchine potenzialmente pericolose al fine di evitare che l'improvvisa insorgenza di una crisi possa mettere

in pericolo l'assicurata) sia nel compimento delle mansioni consuete di casalinga (doc. 43).

D.
Il 4 aprile 2007, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'assicurata che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che il compimento delle mansioni consuete di casalinga è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto alla rendita. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessata la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto (doc. 44).

E.
Il 21 maggio 2007, l'interessata ha presentato le sue osservazioni al progetto di decisione del 4 aprile 2007, mediante le quali ha postulato il riconoscimento del suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, in virtù della documentazione medica agli atti. Ha indicato che le patologie da cui è affetta comportano una completa inabilità lavorativa (doc. 46 e 47 nonché doc. 51 e 52). Ha esibito una relazione medica del 25 maggio 2007 del dott. F._____ (doc. 48 nonché doc. 53).

F.
Nel suo rapporto del 10 luglio 2007, il dott. E._____ ha rilevato che nel rapporto medico del 25 maggio 2007 del dott. F._____ è evidenziato che l'assicurata è affetta da epilessia tipo “piccolo male”. Si tratta di un'epilessia tipicamente infantile. Tuttavia, l'interessata ha cominciato a soffrire di epilessia all'età di 30 anni. Inoltre, l'epilessia tipo “piccolo male” si manifesta soltanto mediante perdita di coscienza, ma non con crisi parziali semplici e complesse (di cui l'interessata soffre). Dai referti degli elettrocardiogrammi, effettuati al B._____, non emerge altresì alcun elemento tipico dell'epilessia tipo “piccolo male”. L'assicurata non è quindi affetta da epilessia tipo “piccolo male”. Secondo il medico, la medesima soffre piuttosto di un'epilessia temporale cripotogenica, ossia di un'epilessia di origine sconosciuta e senza presenza di lesioni cerebrali. Peraltro, il rapporto medico del 28 giugno 2001 (doc. 34) riferisce che l'interessata presenta poche crisi. Nel formulario E 213 del 20 marzo 2006 (doc. 38) è infine evidenziata la diagnosi di epilessia in buon controllo farmacologico. Pertanto, il dott. E._____ ha ritenuto che il rapporto medico prodotto non

comporta nuovi elementi clinici tali da giustificare una modifica della valutazione del 29 marzo 2007 (doc. 54).

G.
Il 13 luglio 2007, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurata non ha subito né un'incapacità permanente di guadagno né un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che il compimento delle mansioni consuete di casalinga è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì rilevato che la documentazione prodotta con atto del 21 maggio 2007, successivamente alla ricezione del progetto di decisione, non comporta nuovi elementi clinici (doc. 56).

H.
Il 13 agosto 2007, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 13 luglio 2007 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità subordinatamente ai tre quarti di rendita d'invalidità o ad una mezza rendita o, infine, almeno ad un quarto di rendita d'invalidità. Ha segnalato che l'epilessia e la sindrome ansioso-depressiva endoreattiva di grado grave di cui è affetta nonché la ripetitività, i sintomi (obnubilazione, occhi sbarrati, bava alla bocca, astenia, latenza del senso di autocontrollo, diminuizione del sistema immuno-difensivo, sistema nervoso in tilt, pulsazioni cardiache alterate) ed i postumi (cadute a terra) delle crisi di cui soffre, come pure i farmaci che assume e la necessità di assistenza durante le crisi, non le consentono di svolgere alcuna attività lucrativa, quindi tanto meno la precedente professione di impiegata d'ufficio. Ha precisato di presentare una completa incapacità al lavoro. Ha esibito un referto di visita neurologica del 7 maggio 2007 (doc. TAF 1).

I.
Nella risposta al ricorso del 14 dicembre 2007, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti del marzo e luglio 2007 del medico del SMR, risulta che l'insorgente è affetta da epilessia in buon controllo farmacologico. In particolare, gli attacchi di cui soffre non comportano alcuna alterazione della coscienza.

Secondo i citati rapporti del medico SMR, la ricorrente è in grado di svolgere la precedente attività di segretaria. Per conseguenza non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile. Infine, l'autorità inferiore ha rilevato che l'insorgente non ha allegato alcun fatto nuovo e neppure ha esibito nuova documentazione medica suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento. Il certificato medico del maggio 2007 espone in effetti la nota diagnosi (doc. TAF 6).

J.
Nella replica del 1° febbraio 2008, la ricorrente ha ribadito il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità subordinatamente ai tre quarti di rendita d'invalidità subordinatamente ancora ad una mezza rendita d'invalidità subordinatamente infine ad un quarto di rendita d'invalidità. Ha segnalato che le patologie da cui è affetta (segnatamente epilessia, sindrome ansioso-depressiva, esiti di isterectomia per fibroma uterino, exeresi del seno per cisti e safenectomia sinistra, steatosi epatica, gastralgie con peristali difficoltosa, astenia, stato soporoso) nonché le cure a cui si sottopone e le terapie farmacologiche che assume non le consentono di svolgere una qualsiasi attività lucrativa. Ha infine fatto valere che l'esercizio rispettivamente la ripresa di un'attività lucrativa comporterebbe un peggioramento dell'affezione epilettica con conseguente intensificazione delle crisi. Ha esibito una relazione medica del 25 gennaio 2008 del dott. F._____ ed un certificato medico del 13 febbraio 2006 del dott. G._____ (doc. TAF 7).

K.

K.a Chiamato ad esprimersi sulla replica dell'insorgente, l'UAIE ha sottoposto l'incarto al servizio medico del SMR (doc. 57).

K.b Nel suo rapporto del 18 marzo 2008, il dott. E._____ – dopo avere riassunto il contenuto della documentazione medica agli atti, delle prese di posizione del marzo e luglio del 2007 nonché dei documenti esibiti in sede di osservazioni al progetto di decisione e di replica – ha rilevato che la ricorrente è affetta da epilessia temporale dal 1983. La medesima ha sofferto di crisi parziali semplici (senza ripercussioni sullo stato di coscienza), di crisi parziali complesse (con alterazione dello stato di coscienza) e generalizzazioni secondarie (perdita di coscienza e convulsioni). L'epilessia presenta comunque una buona risposta al trattamento farmacologico. In particolare,

l'insorgente non ha più sofferto di crisi generalizzate secondarie da molti anni. La stessa non ha altresì presentato alcuna crisi parziale durante molti anni. La medesima soffre raramente di crisi. Si tratta comunque di rare crisi semplici parziali (ossia di crisi senza alterazione dello stato di coscienza). Peraltro, la ricorrente ha continuato a svolgere un'attività lucrativa, a volte al 100% (1987 e 1988), spesso al 75% (1985 e 1987). Inoltre, quest'ultima assume il medesimo trattamento epilettico da molti anni (farmaci e dosaggio). Il medico ha quindi constatato, da un lato, che l'esercizio di un'attività lucrativa non favorisce l'insorgenza delle crisi e, dall'altro lato, che gli effetti secondari della terapia farmacologica non hanno alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa. Il dott. E._____ ha infine rilevato che il dott. F._____ nel rapporto medico del gennaio 2008 (doc. TAF 7) ha nondimeno postulato una completa incapacità lavorativa ritenuto che le epilessie temporali comportano un'alterazione sistematica dello stato di coscienza e che il referto dell'esame elettroencefalografico del maggio 2007 evidenzia la presenza di una sofferenza focale. Tuttavia, secondo la letteratura medica, tali forme di epilessia si manifestano mediante crisi parziali con oppure senza alterazione dello stato di coscienza. Peraltro, i referti di esami del novembre 1983 e del novembre 1989 rilevavano già la presenza di alcune anomalie temporali. I referti degli esami non attesterebbero quindi alcun peggioramento dell'epilessia. In conclusione, il dott. E._____ ha ritenuto che l'insorgente presenta una completa capacità lavorativa in un'attività rispettosa delle limitazioni dovute all'improvvisa insorgenza di una crisi (doc. 58).

K.c Nella duplica del 1° aprile 2008, l'autorità inferiore ha constatato, in virtù del rapporto del marzo 2008 del medico del SMR, che la documentazione medica prodotta non comporta elementi tali da modificare la valutazione riguardo alla capacità lavorativa dell'insorgente. L'autorità inferiore ha quindi nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 10).

L.
Con decisione incidentale del 7 aprile 2008 (notificata il 14 aprile 2008; doc. TAF 12 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha trasmesso alla ricorrente per conoscenza la duplica e l'ha invitata a versare, nel termine di 40 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle

presumibili spese processuali. L'anticipo è stato versato il 19 aprile 2008 (doc. TAF 11 a 13).

M.
Il 2 maggio 2008, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale federale contro la decisione incidentale del 7 aprile 2008 del Tribunale amministrativo federale mediante il quale si è riconfermata nelle proprie argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 13 agosto 2007. Ha esibito copia della relazione medica del 25 gennaio 2008 del dott. F._____ nonché copia dell'avvenuto versamento dell'anticipo spese di fr. 300.-- (doc. TAF 14 e 15).

N.
Con sentenza del 30 giugno 2008, il Tribunale federale ha dichiarato il ricorso del 2 maggio 2008 inammissibile siccome motivato in modo insufficiente. In particolare, la decisione incidentale del 7 aprile 2008 del Tribunale amministrativo federale riguarda unicamente una domanda di anticipo delle spese processuali, alla quale la ricorrente ha dato seguito con il versamento del 19 aprile 2008. Per contro, nel ricorso del 2 maggio 2008 l'insorgente ha sollevato censure concernenti il merito della vertenza (doc. TAF 16).

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

1.3 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 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

2.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle

condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

2.3 L'art. 80*a* 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 legge stessa 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 5a revisione della LAI, 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.

3.3 La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 28 febbraio 2006. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 28 febbraio 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 13 luglio 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la

decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

4.
Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI);

- aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI).

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

5.

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

5.2 Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore

dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

5.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

5.4 Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.

6.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGA, 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 (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135). Peraltro, l'invalidità degli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa e per il resto sono dediti allo svolgimento delle proprie mansioni va computata secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi (art. 16 LPGA) per la parte di attività lucrativa, mentre in merito all'impedimento a svolgere le mansioni consuete l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività – da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97) – conformemente all'art. 27 OAI. In tal caso occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa e quella del compimento degli altri lavori abituali e calcolare il grado d'invalidità globale in funzione dell'impedimento nei due ambiti in questione (metodo misto; cfr. DTF 125 V 148 consid. 2; sentenze del Tribunale federale 9C_35/2007 del 4 aprile 2008 consid. 2, I 503/04 del 13 settembre 2006 consid. 2, nonché in particolare I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 2 e I 540/02 del 12 maggio 2004 consid. 2).

6.2 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa. L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2bis LAI; metodo specifico). L'art. 27 OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica

s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

6.3 Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

7.

7.1 Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

7.2 In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

8.

8.1 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese

giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3a).

8.2 In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

8.3 Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

8.4 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista

medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

9.

9.1 In materia d'assicurazioni sociali, il giudice fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza poter essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante. Non è pertanto sufficiente che un fatto possa essere considerato come un'ipotesi possibile (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti).

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

10.

10.1 Alfine di determinare lo statuto della ricorrente, si deve segnatamente esaminare se la stessa, da sana, avrebbe consacrato l'essenziale della sua attività all'economia domestica o a un'occupazione lucrativa, questo alla luce della sua situazione personale, famigliare, sociale e finanziaria (cfr. sentenza del Tribunale federale I 382/04 del 18 ottobre 2005 e DTF 117 V 195).

10.2 Nel caso di specie, l'UAIE ha ritenuto che da sana la ricorrente avrebbe consacrato la sua attività all'economia domestica. L'insorgente non ha contestato in sede di ricorso questo apprezzamento delle risultanze processuali. Non appare altresì sussistere motivo per un intervento d'ufficio al riguardo da parte di questo Tribunale (doc. 20 e 21).

11.

11.1 Dalla documentazione medica agli atti emerge che la ricorrente soffre segnatamente di verosimile epilessia sintomatica con attacchi focali in buon controllo farmacologico, assai lieve stato d'ansia reattivo, menopausa post-chirurgica (isterectomia totale per fibromatosi) (cfr. fra l'altro la perizia particolareggiata E 213 del 20 marzo 2006 pag. 8 [doc. 38]).

11.2 Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare (o anche solo di peggiorare). Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, 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 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 un anno.

12.

12.1 Occorre quindi determinare se la ricorrente ha subito nel periodo determinante (cfr. consid. 3.3 del presente giudizio), e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI.

12.2 Dalle carte processuali emerge che, dopo il rimpatrio, la ricorrente non ha più lavorato e si è dedicata ai lavori della propria economia domestica (doc. 20 e 21).

12.3

12.3.1 Nei suoi rapporti del 29 marzo e 10 luglio 2007 e del 18 marzo 2008, il dott. E._____, medico del SRM, specialista in neurologia, ha esposto la diagnosi che a suo giudizio, conto tenuto della documentazione medica agli atti (in particolare della perizia medica particolareggiata E 213 del 20 marzo 2006), ha una ripercussione sulla capacità lavorativa, di epilessia parziale con generalizzazioni secondarie. Ha altresì indicato che la ricorrente è affetta da epilessia dal 1983, che tale patologia presenta una buona risposta al trattamento farmacologico, che l'insorgente soffre ancora di crisi senza

alterazione dello stato di coscienza e che la stessa assume la medesima terapia farmacologica da molti anni. Il dott. E._____ ha quindi ritenuto che la ricorrente è in grado sia di svolgere la precedente attività di segretaria che di adempiere alle proprie mansioni consuete come casalinga (doc. 43, 54 e 58).

12.3.2 Secondo questo Tribunale, non vi è ragione di scostarsi da questa valutazione, ritenuto come la stessa trova fondamento anche nella perizia medica particolareggiata E 213 del marzo 2006 e negli altri documenti medici agli atti. In particolare, la perizia particolareggiata E 213 (doc. 38) fa stato di verosimile epilessia sintomatica con attacchi focali in buon controllo farmacologico (pag. 8), senza peraltro indicazioni precise riguardo a specifiche limitazioni funzionali. Il medico incaricato dell'esame ha segnatamente precisato che la ricorrente non ha più avuto perdita di coscienza da quando è in terapia (pag. 2). Ha altresì considerato che le condizioni di salute della medesima sono rimaste stazionarie (pag. 8) e che la stessa è in grado di svolgere regolari lavori leggeri nonché il suo precedente lavoro ed un lavoro adeguato a tempo pieno. Ha certo segnalato che conformemente alle disposizioni del Paese di residenza della ricorrente, è da ritenersi un'invalidità del 40% per qualsiasi attività. Tuttavia, nella presente causa il grado d'invalidità della ricorrente non va esaminato secondo le disposizioni del Paese di residenza della ricorrente, ma secondo le norme vigenti in Svizzera (cf. considerando 2.4 del presente giudizio). Peraltro, dalla documentazione medica agli atti risulta segnatamente che la ricorrente è affetta da epilessia dal 1983 (doc. 22), che la medesima ha sofferto di una crisi tonico-clonica generalizzata nel 1983 ed ha presentato ancora due crisi tonico-cloniche generalizzate, in ragione delle quali è stata sottoposta a terapia con anticonvulsivo (doc. 36), che, a seguito dell'assunzione del farmaco antiepilettico, la stessa non ha più presentato crisi con sintomatologia convulsiva e perdita della coscienza (doc. 31), che l'epilessia risulta in buon compenso farmacologico (doc. 26), che il decorso dell'affezione è positivo (doc. 28), che le condizioni di salute dell'insorgente dal profilo neurologico sono stabili (doc. 30) e che nel corso degli anni la medesima ha sofferto (al massimo una volta al mese ogni 3-4 mesi) soltanto di crisi semplici (sensazione di formicolio alla pancia, sensazione di angoscia, perdita della parola per una frazione di secondo, dispnea, tremore, tachicardia, confusione in testa) (doc. 33, 35 e 36). I rapporti del B._____ non comportano altresì alcuna indicazione in merito ad una specifica incapacità lavorativa e

neppure nell'espletamento delle mansioni quale casalinga. La ricorrente ha invero sottolineato – con scritto del 21 maggio 2007 successivo al progetto di decisione del 4 aprile 2007, ma pure in sede di ricorso e di replica – che le affezioni di cui soffre comportano una totale incapacità lavorativa e giustificano un'invalidità del 100%. Tuttavia, non ha prodotto nuova documentazione medica oggettiva suscettibile di dimostrare la sussistenza della pretesa invalidità. Occorre precisare che nella misura in cui il referto di visita neurologica del 7 maggio 2007 (doc. TAF 1) e le relazioni mediche del 25 maggio 2007 e del 25 gennaio 2008 del dott. F._____ (doc. 48 nonché doc. 53 e doc. TAF 8) si riferiscono alla nota diagnosi, segnatamente di epilessia in terapia farmacologica, non apportano alcun (nuovo) elemento medico decisivo nel senso indicato dall'insorgente per la valutazione della sua capacità lavorativa quale casalinga. Allorché il certificato medico del 13 febbraio 2006 del dott. G._____ (doc. TAF 8), fa stato di (nuove) patologie quali grave spondilartrosi, ipertensione borderline, insufficienza venosa agli arti inferiori, queste non sono corroborate da riscontri oggettivi nel rapporto medesimo. Peraltro, tali patologie non sono neppure state incluse nella diagnosi di cui a pagina 8 della menzionata perizia particolareggiata E 213 del marzo 2006 (doc. 38). Manca inoltre una dimostrazione della persistenza delle stesse per un periodo giuridicamente sufficiente fino alla pronuncia della decisione impugnata del 13 luglio 2007 nonché una motivazione con riferimento alle ragioni di una specifica inabilità lavorativa quale casalinga e sul momento a partire dal quale si debba eventualmente ritenere siffatta inabilità lavorativa. La ricorrente ha certo preteso, in sede di ricorso e di replica, di soffrire di nuove affezioni – sindrome ansioso-depressiva endoreattiva di grado grave, steatosi epatica, gastralgie con peristalsi difficoltosa, astenia e stato soporoso con senso vigile latente – ma non ha prodotto alcun documento medico specialistico da cui risultino, da un lato, tali affezioni, e, dall'altro lato, l'incidenza delle stesse sulla sua capacità lavorativa quale casalinga. In siffatte circostanze, ben poteva l'autorità inferiore decidere il caso sulla base della documentazione medica agli atti senza dovere procedere d'ufficio ad ulteriori accertamenti, non risultando dalla documentazione sufficienti indizi che potessero giustificare dubbi o incertezze riguardo all'esito della causa.

12.4

12.4.1 Questo Tribunale osserva, infine, che in merito all'impedimento a svolgere le mansioni consuete, nella fattispecie quelle di casalinga, l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività da attuare di principio mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97). Siffatta indagine domiciliare è peraltro, e di principio, primordiale – e quella medica di massima insufficiente ad essa sola – per la determinazione dell'incapacità a svolgere le consuete mansioni nei casi in cui l'incapacità si fonda principalmente su problemi fisici (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_784/2008 del 6 novembre 2008 consid. 4.2.1 e relativi riferimenti, tra cui segnatamente il consid. 5.2.1 della sentenza del Tribunale federale I 246/05 del 30 ottobre 2007 non pubblicato in DTF 134 V 9).

12.4.2 A prescindere dal fatto che nel caso concreto l'inchiesta domiciliare di regola necessaria in presenza di limitazioni essenzialmente d'origine somatica, non è stata esperita, senza che sia stata indicata una valida ragione per giustificare una rinuncia o il ricorso ad altro strumento idoneo alternativo per un corretto accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti (v. sulla questione le sentenze del Tribunale federale I 733/06 del 16 luglio 2007 consid. 4.2.1 e 8C_671/2007 del 13 giugno 2008 consid. 2 e 3 nonché le sentenze del Tribunale amministrativo federale C-5131/2007 del 16 marzo 2009 e C-7838/2007 dell'8 settembre 2009), va però rilevato che nel caso in esame l'insorgente stessa ha dichiarato d'essere in grado di svolgere le mansioni consuete che competono ad una casalinga, ad eccezione della pulizia dei pavimenti e della pulizia dei vetri. In particolare, la medesima sarebbe aiutata dal marito per tali mansioni (v. segnatamente le risposte di cui al questionario per assicurati occupati nell'economia domestica; doc. 21). Ciò premesso, è quindi eccezionalmente possibile nel caso di specie una valutazione della capacità della ricorrente a svolgere le abituali mansioni di casalinga sulla base del formulario per gli assicurati occupati nell'economia domestica, compilato dall'insorgente medesima (doc. 21), nonché della valutazione medica della sua capacità ad effettuare le abituali mansioni di casalinga. Peraltro, anche concludendo ad una completa incapacità al lavoro, dunque del 100%, per una delle attività di casalinga indicate e ritenute nell'apposito formulario (v. doc. 43.1), ossia quella di cui al punto 3 “pulizia dell'abitazione” (la ricorrente ha in effetti dichiarato di non poter effettuare la pulizia dei pavimenti e la

pulizia dei vetri; cfr. la sua risposta alle domande 3.1 e 3.3 del questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica; doc. 21), il grado d'invalidità dell'insorgente quale casalinga sarebbe del 10% (o al massimo del 20%; cfr. doc. 43.1. nella variante più favorevole alla ricorrente), che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

12.5 In conclusione, sulla scorta della documentazione medica agli atti di causa e delle considerazioni che precedono, questo Tribunale condivide la valutazione dell'autorità inferiore secondo la quale la ricorrente è in grado, nel periodo di riferimento, di adempiere alle proprie mansioni consuete di casalinga in misura tale da escludere il diritto ad una rendita d'invalidità secondo il diritto svizzero.

13.
Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

14.

14.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dalla ricorrente stessa il 19 aprile 2008.

14.2 Alla ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.
Il ricorso è respinto.

2.
Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico della ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato il 19 aprile 2008, è computato con le spese processuali.

3.
Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.
Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:	La cancelliera:
Vito Valenti	Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

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