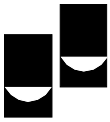
**Bundesverwaltungsgericht**
**Tribunal administratif fédéral**
**Tribunale amministrativo federale**
**Tribunal administrativ federal**



Corte III
C-5593/2008
{T 0/2}

# Sentenza del 29 settembre 2010

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio), Francesco Parrino e Johannes Frölicher, cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A._____,
rappresentata dal Patronato INCA,
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 24 luglio 2008).

## Fatti:

**A.**
A._____, cittadina italiana, nata il (...), coniugata, con due figli, ha lavorato in Svizzera dal 1974 al giugno del 1984, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 1). Rientrata in Italia, da gennaio del 2002 si è dedicata ai lavori della propria economia domestica (doc. 9). Il 24 gennaio 2005, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2).

**B.**
Il 29 giugno 2006, l'UAIE ha respinto la succitata domanda di rendita (doc. 31). L'opposizione interposta dall'interessata è stata respinta con decisione del 21 novembre 2006. Il 27 marzo 2007, il Tribunale amministrativo federale ha parzialmente accolto il ricorso del 4 gennaio 2007, annullato la decisione su opposizione del 21 novembre 2006 e rinviato gli atti di causa all'UAIE affinché detto Ufficio procedesse al completamento dell'istruttoria relativamente alla situazione medica dell'interessata ed alla sua capacità lavorativa conformemente alle indicazioni di cui alla presa di posizione dell'UAIE del 5 marzo 2007 (doc. 55).

**C.**

**C.a** Il 28 giugno 2007, l'autorità inferiore ha chiesto all'interessata di produrre il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica ed all'INPS di B._____ di sottoporre l'assicurata a nuove visite mediche e di far pervenire la seguente documentazione: un esame sullo stato di salute generale (rapporto dattiloscritto su modulo E 213), un esame psichiatrico (rapporto dattiloscritto) ed informazioni da parte del dott. C._____ riguardo alla depressione, all'inizio della presa a carico e all'evoluzione nel tempo dell'affezione psichica (doc. 58).

**C.b** Dalle carte processuali risultano essere stati prodotti i seguenti documenti:

- documenti medici di data intercorrente da giugno 2006 a luglio 2007 (in particolare una consulenza tecnica medico-legale del

dott. D._____ del 30 luglio 2007 che si esprime sulla problematica psichica [doc. 67 a 69]);

- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica del 1° agosto 2007, nel quale l'assicurata ha affermato di non essere più in grado di svolgere che parzialmente le mansioni consuete che competono ad una casalinga e di necessitare dell'aiuto di terzi – segnatamente dei famigliari e di una persona esterna alla famiglia – nella misura di circa 6 ore alla settimana (doc. 64);

- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 6 settembre 2007 attestante depressione maggiore grave in soggetto con pregresso intervento per carcinoma della mammella di sinistra; le condizioni di salute dell'interessata sono state definite come peggiorate e la stessa è stata ritenuta totalmente incapace di svolgere una qualsivoglia attività lucrativa, sia la sua precedente che una sostitutiva adeguata alle sue condizioni. È stato segnalato che l'assicurata è considerata, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, invalida al 100% nella precedente attività (doc. 75);

- un rapporto di visita psichiatrica del 10 gennaio 2008, secondo cui la paziente è affetta da disturbo depressivo maggiore ad andamento cronico e che la stessa presenta un grado di invalidità del 50% circa (riferito all'ultima attività professionale svolta, quella di impiegata di banca [doc. 76]).

**C.c** Nel suo rapporto del 3 marzo 2008, il dott. E._____, medico dell'UAIE, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha esposto la diagnosi principale di episodio depressivo di grado medio. Ha pure evidenziato la diagnosi secondaria, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, di mastectomia in seguito a cancro al seno. Il dott. E._____ ha quindi fissato un'incapacità al lavoro dell'interessata del 50% nella precedente attività a partire dal 10 giugno 2005. Ha tuttavia considerato, conto tenuto dell'insieme delle circostanze, che il grado d'invalidità dell'assicurata quale casalinga (consuete mansioni domestiche) è del 19% (doc. 79).

**C.d** Il 19 marzo 2008, l'interessata ha esibito un certificato medico del 20 febbraio 2008 (doc. 83 e 84).

**D.**
Il 2 aprile 2008, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'assicurata che la domanda 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 ad una rendita. L'UAIE ha pure rilevato che il certificato medico del febbraio 2008 espone le note diagnosi, senza peraltro apportare nuovi elementi clinici di rilievo. 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. 85).

**E.**
Il 23 maggio 2008, l'interessata ha presentato le sue osservazioni al menzionato progetto di decisione mediante le quali ha segnalato che la depressione maggiore grave di cui soffre giustifica il riconoscimento del suo diritto ad almeno una mezza rendita d'invalidità. Ha esibito un certificato medico del 20 febbraio 2008 (già agli atti), un rapporto medico del 22 aprile 2008 e due certificati medici del 20 maggio 2008 (doc. 94 a 98).

**F.**
Nel suo rapporto del 12 luglio 2008, il dott. E._____ ha confermato la sua precedente presa di posizione (doc. 100).

**G.**
Il 24 luglio 2008, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurata non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che malgrado il danno alla salute 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 medica prodotta successivamente al progetto di decisione non comporta nuovi elementi di rilievo (doc. 100).

**H.**
Il 2 settembre 2008, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 24 luglio 2008 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad almeno una mezza rendita d'invalidità

a decorrere da gennaio del 2004. Ha segnalato che la depressione maggiore di cui è affetta comporta un'incapacità di almeno il 50% nel compimento degli usuali lavori domestici (doc. TAF 1). Il 10 settembre 2008, ha esibito un certificato medico ed una ricetta medica del 3 settembre 2008 (doc. TAF 2).

**I.**
Il 12 novembre 2008, l'autorità inferiore ha comunicato di rinunciare ad introdurre la risposta al ricorso (doc. TAF 4).

**J.**
Il 1° dicembre 2008, questo Tribunale ha trasmesso per conoscenza alla ricorrente lo scritto dell'autorità inferiore del 12 novembre 2008 (doc. TAF 5).

## 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-26$^{bis}$ 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** Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 5a revisione della LAI (cf. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). Peraltro, e per l'esame del diritto eventuale a una rendita, l'applicazione delle nuove norme della 5a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio al 24 luglio 2008 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito delle questioni sottoposte nel caso concreto all'esame di questo Tribunale (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_942/2009 del 15 marzo 2010 consid. 3.1; cfr. pure sentenza del Tribunale amministrativo federale C-1284/2008 del 30 marzo 2010 consid. 3.2). Pertanto, e salvo indicazione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2007.

**3.3** La ricorrente, come già menzionato, ha presentato la richiesta di rendita il 24 gennaio 2005. 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 24 gennaio 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda),

oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 24 luglio 2008, 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 per più di 10 anni (doc. 1) 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). 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. 2$^{bis}$ 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.

**6.2** 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).

**7.2** 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).

**7.3** 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. 3).

**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** Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396). Tenendo conto di diversi criteri, il perito deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato.

**8.5** 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** 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).

**9.2** 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 sussiste altresì alcun motivo per un intervento d'ufficio al riguardo da parte di questo Tribunale. Dalle carte processuali emerge in effetti che, almeno da

gennaio del 2002, la ricorrente ha spontaneamente deciso di dedicarsi integralmente ai lavori della propria economia domestica (doc. 9).

**10.**

**10.1** Dalla documentazione medica agli atti appare che la ricorrente soffre segnatamente di disturbo depressivo maggiore e pregresso intervento per carcinoma della mammella di sinistra (cfr. referto di visita psichiatrica del 9 gennaio 2008 nonché perizia medica particolareggiata E 213 del 6 settembre 2007; doc. 75 e 76).

**10.2** Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o 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.

**11.**

**11.1** 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.

**11.2** Nel suo rapporto del 3 marzo 2008 (doc. 79), il dott. E._____, medico dell'UAIE, ha rilevato, da un lato e dal profilo oncologico, che la ricorrente ha subito un intervento chirurgico di mastectomia per un tumore il 16 dicembre 2004, che è stata sottoposta a chemioterapia, che apparentemente non vi è stata comparsa di recidive del male e che dunque l'affezione oncologica non ha alcuna incidenza né sulla capacità lavorativa né sulla capacità a compire le consuete mansioni di casalinga. Nel certificato oncologico più recente, quello del 20 febbraio 2008, il dott. F._____ segnala che la paziente segue normale follow-up con periodici controlli strumentali e clinici e che si è in presenza di "linfodema braccio sinistro, per cui si sconsiglia l'attività lavorativa con l'arto superiore sinistro" (doc. 95). Il 12 luglio 2008, il dott. E._____ ha altresì, e nella sostanza, ribadito la sua precedente valutazione oncologica anche alle luce della nuova documentazione

esibita, valutazione che appare convincente e condivisibile, tenuto conto dell'assenza nel citato rapporto del dott. F._____ d'indicazioni precise con riferimento alle concrete e oggettive limitazioni nell'uso dell'arto superiore sinistro, del fatto che notoriamente la diagnosi di linfodema non comporta necessariamente e per principio delle significative limitazioni nell'utilizzo dell'arto toccato e della mancanza di specifiche censure ricorsuali inerenti alla problematica oncologica. Peraltro, e per sovrabbondanza, va segnalato che la dott. G._____, medico dell'UAIE, nella sua presa di posizione del 27 febbraio 2007 (doc. 52), già aveva ritenuto che la mastectomia, con svuotamento del cavo ascellare di sinistra, aveva causato alla ricorrente solo delle lievi limitazioni del braccio sinistro che non giustificavano un'incidenza significativa sulla capacità nel compimento delle mansioni consuete di casalinga (aveva però chiesto degli ulteriori approfondimenti dal profilo psichiatrico [doc. 52]).

**11.3** Dall'altro lato, e dal profilo psichico, il dott. E._____ ha quindi considerato che il rapporto psichiatrico del dott. H._____ del 10 gennaio 2008, breve ma preciso, fa stato di disturbi psichici di portata relativamente limitata, giustificanti tutt'al più un'incapacità lavorativa per la ricorrente del 50%, a decorrere dal 10 giugno 2005, riferita altresì alla sua precedente attività professionale d'impiegata di banca. Il dott. H._____ ha in particolare segnalato che l'insorgente ha un aspetto discretamente curato, un atteggiamento collaborante, pensiero lievemente rallentato, linguaggio normale, percezione e memoria inalterate, sensorio integro, capacità critica e livello di consapevolezza discrete e che la stessa è lievemente rallentata. Ha altresì constatato che la medesima mostra umore deflesso con ansia, svogliatezza, anedonia, idee di bassa autostima, ideazione polarizzata sulle proprie condizioni di salute e deficit di attenzione. Infine, ha indicato che l'insorgente – in cura presso il Centro di salute mentale di I._____ ed in trattamento con ansiolitici ed antidepressivi – ha un'incapacità lavorativa del 50% (riferita alla precedente attività d'impiegata di banca; v. la rubrica "qualifica e/o mansioni svolte" rispettivamente "ultima mansione" di cui al rapporto psichiatrico del 10 gennaio 2008). Il dott. E._____ ha per contro ritenuto che il compimento da parte dell'insorgente delle consuete mansioni domestiche era esigibile in misura superiore (incapacità limitata al 19%), ritenuto che solo una grave depressione – che comporti peraltro un'incapacità al lavoro del 70% o maggiore – può avere la medesima

incidenza sia in un'attività lavorativa tradizionale sia nel compimento delle mansioni consuete di casalinga.

**11.4** La ricorrente ha però fatto valere nel gravame che la depressione maggiore attestata dai medici consultati riduce la sua capacità di almeno il 50% anche nell'economia domestica. Così argomentando, l'insorgente stessa – rappresentata in questa sede da mandatario professionale – si riconosce una capacità ad esercitare le consuete mansioni domestiche superiore a quella indicata – ma, fra l'altro, non corroborata da sufficienti riscontri oggettivi – nei documenti medici del dott. C._____, psichiatra presso cui l'insorgente è in cura (cf. doc. 98 e doc. TAF 2), e del dott. D._____. Nei loro referti (quello del 3 settembre 2008 è di data posteriore all'emanazione della decisione impugnata), i dott. C._____ e D._____ si sono altresì limitati ad enumerare delle patologie psichiche – sindrome depressiva grave, depressione maggiore, depressione maggiore grave – senza alcun riferimento ad una classificazione secondo un metodo scientifico riconosciuto internazionalmente. Tale incompletezza – se aggiunta segnatamente all'assenza d'informazioni precise sullo stato psichico dell'interessata (aspetto, atteggiamento, stato di coscienza, orientamento spazio-temporale, funzioni della memoria, concentrazione, facoltà di comprensione, d'interpretazione e di percezione) e sul motivo per cui non avrebbe più potuto svolgere le singole e specifiche mansioni di casalinga – non consente di conferire pieno valore probatorio a tali referti, fermo restando che l'indicazione di un adeguamento della terapia farmacologica non dimostra altresì, e di per sé, una qualsivoglia modifica della capacità di adempiere alle proprie mansioni consuete di casalinga. Certo, nella perizia medica particolareggiata E 213 del settembre 2007 (doc. 75) l'insorgente è stata ritenuta totalmente incapace di svolgere una qualsivoglia attività lucrativa. Sennonché tale valutazione – nella misura in cui rilevante ai fini dell'esito della presente causa che concerne una parte avente lo statuto di casalinga – non è condivisibile. L'incapacità lavorativa del 100% ritenuta risulta, in effetti, in contrasto con lo stato clinico oggettivo attestato nel rapporto psichiatrico del gennaio 2008 del dott. H._____, medico incarico dall'INPS, e con la sua motivata e, nella sostanza, convincente valutazione dell'incapacità lavorativa nella precedente attività d'impiegata di banca. Nella sostanza, in sede ricorsuale la ricorrente non ha presentato argomenti o mezzi di prova suscettibili di far sorgere dei dubbi sulla valutazione del dott. E._____ concernente la residua capacità a svolgere le consuete

mansioni domestiche in relazione alla problematica psichica. Essa si è limitata a contestare genericamente – benché abbia avuto accesso (cfr. doc. 92), come si evince pure dal contenuto del gravame (cfr. pag. 1 pto 2), alla relativa documentazione medica di valutazione (dunque in particolare al doc. 79) – che dalla documentazione medico-specialistica si possa ricavare una contenuta limitazione nel compimento degli usuali lavori domestici.

**11.5** Certo, secondo consolidata giurisprudenza del Tribunale federale occorre di massima un'inchiesta domiciliare per la determinazione dell'incapacità a svolgere le consuete mansioni di casalinga, segnatamente nei casi in cui l'incapacità si fonda 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). Peraltro, nei casi in cui l'incapacità si basa essenzialmente su problemi psichici ed allorquando sussiste divergenza tra le risultanze dell'inchiesta domiciliare e gli accertamenti medici in merito all'incapacità a svolgere le consuete mansioni, gli accertamenti medici hanno preminenza su quelli risultanti dall'inchiesta domiciliare (cfr., sulla questione, sentenze del Tribunale federale 9C_108/2009 del 29 ottobre 2009 consid. 4.1, 8C_315/2009 del 28 luglio 2009 consid. 6.2.2, 9C_299/2008 del 3 dicembre 2008, 8C_671/2007 del 13 giugno 2008 consid. 3.2.1, I 733/06 del 16 luglio 2007 consid. 4.2.1, I 311/03 del 22 dicembre 2003 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Nel caso concreto, e a prescindere dal fatto che l'inchiesta domiciliare non è stata esperita (cfr. peraltro la sentenza del Tribunale federale I 733/06 del 16 luglio 2007 consid. 4.2.2 sulla possibilità di rinunciare ad un'inchiesta domiciliare in caso di domicilio all'estero dell'assicurato), si osserva che il dott. H._____ non appare avere discusso con la ricorrente in merito alle limitazioni da questa pretese, nell'apposito formulario (doc. 64), per quanto attiene al compimento degli usuali lavori domestici. Ritenuto che la ricorrente non ha comunque sollevato tale censura in sede ricorsuale e che, usando della necessaria diligenza, avrebbe comunque avuto ampia possibilità per discutere delle differenti percentuali ritenute dal dott. E._____ con riferimento alle incapacità nel compimento delle consuete mansioni domestiche (cfr. doc. 79 pag. 3), non si giustifica un rinvio della causa all'autorità inferiore per questo motivo, rinvio che, conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso di specie, costituirebbe una vana formalità. L'insorgente, nel già citato questionario del

1° agosto 2007 (doc. 64), ha peraltro essa stessa indicato d'essere in grado di svolgere le mansioni consuete che competono ad una casalinga, ad eccezione dei lavori pesanti (stirare, lavare pavimenti, vetri ecc.), e d'avere bisogno di un aiuto che ha quantificato in 6 ore circa la settimana. Peraltro, non è dato sapere, e la ricorrente non indica in sede di ricorso, perché non dovrebbe potere compiere, almeno parzialmente, anche i lavori casalinghi più pesanti, dal momento che non ha preteso di soffrire di problemi fisici significativi (non potendosi definire tali i pretesi problemi all'arto superiore sinistro) né ciò risulta da documenti medici al riguardo contenenti idonei riscontri oggettivi. Peraltro, e per completezza, giova rilevare che il fatto che l'incapacità di una persona ad esercitare la precedente attività lavorativa sia valutata in modo diverso rispetto a quella concernente il compimento delle consuete mansioni domestiche non è di per sé criticabile (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_315/2009 del 28 luglio 2009 consid. 6.2.2). In quest'ottica, non è pertanto censurabile che ai problemi psichici della ricorrente come descritti nel rapporto psichiatrico del dott. H._____ del 10 gennaio 2008 – in particolare alle difficoltà nelle relazioni interpersonali, ai processi del pensiero lievamente rallentati e ai deficit di attenzione – possa essere riconosciuta una maggiore incidenza nell'ambito dell'esercizio della precedente attività di impiegata di banca che nell'adempimento delle consuete mansioni di casalinga (cfr. valutazione del dott. E._____ del 3 marzo 2008). Va altresì rammentato che, di principio, una casalinga ha la possibilità di organizzare autonomamente tempi e modi della propria attività e che si può esigere che la stessa abbia a chiedere, entro certi limiti, l'aiuto dei familiari (nel caso concreto 6 ore alla settimana non paiono costituire un onere inesigibile per i familiari dell'insorgente che vivono ancora nell'economia domestica e che già l'aiutano in parte [cfr. questionario per assicurati occupati nell'economia domestica del 1° agosto 2007 pag. 3 {aiuto di terzi}]).

**11.6** In conclusione, e conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso di specie, questo Tribunale condivide la valutazione dell'autorità inferiore secondo la quale la ricorrente era 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, dalle carte processuali emergendo sufficienti e solidi elementi in tal senso.

**12.**
Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

**13.**

**13.1** Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 PA e art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

**13.2** 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.

**3.**
Non si attribuiscono spese ripetibili.

**4.**
Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (Atto giudiziario)
- 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: