

# **BVGer C-1233/2010 vom 8. September 2011**

Bundesverwaltungsgericht, 2011-09-08, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1233\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1233_2010)

FR: TAF C-1233/2010 du 8 septembre 2011

IT: TAF C-1233/2010 del 8 settembre 2011

## **Regeste**

Diritto alla rendita

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Secondo l'art. 3 lett. dbis 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). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

### **E. 1.3**

Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

### **E. 1.4**

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 300.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

### **E. 2.1**

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra i cittadini di uno Stato membro della Comunità europea, ivi risiedenti, ed i cittadini svizzeri (art. 2 e 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

### **E. 2.2**

Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'Allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

### **E. 2.3**

L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino italiano 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.

### **E. 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).

### **E. 3**

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5a revisione) ed in vigore dal 1° gennaio 2008, considerato tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle norme previgenti e, a partire da questa data, secondo le nuove disposizioni. Tuttavia, secondo le norme transitorie sulla 5a revisione della LAI (cfr. lettera

circolare 253 del 12 dicembre 2007 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali [UFAS]), se l'incapacità di lavoro inizia dopo il 1° gennaio 2007 ed un evento assicurato si verifica nel corso del 2008, la rendita può essere versata allo scadere del termine di attesa di un anno in deroga all'art. 28 cpv. 1 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008, a condizione che la domanda di rendita sia presentata entro il 31 dicembre 2008.

#### **E. 4**

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

#### **E. 5**

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere, cumulativamente, le seguenti condizioni: - essere invalido ai sensi della legge svizzera; - aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71). In concreto, è pacifico che la ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

#### **E. 6.1**

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

#### **E. 6.2**

Secondo gli art. 28 cpv. 1 LAI, nella versione applicabile fino al 31 dicembre 2007, e 28 cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, l'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede. Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI nella versione applicabile fino al 31 dicembre 2007, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A decorrere dal 1° gennaio 2008, il

nuovo art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA, ossia annunciandosi all'assicuratore competente nella forma prescritta per l'assicurazione sociale interessata, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei diciotto anni.

### **E. 6.3**

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

### **E. 6.4**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio degli art. 28 cpv. 2 LAI (fino al 31 dicembre 2007) e 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 p. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

### **E. 6.5**

Occorre precisare che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete, e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 5 e 28 cpv. 2bis LAI e art. 8 cpv. 3 LPGGA; metodo specifico). L'art. 27 dell'Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17

gennaio 1961 (OAI, RS 831.201) precisa che, per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica, s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità. Per quanto riguarda la scelta del metodo di valutazione dell'invalidità di una persona assicurata che non esercita più un'attività lucrativa, si deve verificare quale sarebbe stata l'attività esercitata se non fosse subentrata l'invalidità. In altre parole, lo statuto dell'assicurato viene determinato valutando se lo stesso, da sano, quindi se non fosse subentrato il danno alla salute, avrebbe consacrato l'essenziale del suo lavoro all'economia domestica o ad un'occupazione remunerata, e questo tenendo conto dell'evoluzione della situazione fino all'emanazione della decisione impugnata. L'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa va ammessa dove tale eventualità si presenti alla luce della situazione personale, familiare, sociale ed economica, con un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 133 V 504 consid.3.3, 125 V 150 consid. 2c e 117 V 194 consid. 3b).

## **E. 7**

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

## **E. 8.1**

In concreto, la ricorrente ha cessato la propria attività lucrativa in Svizzera nel 1975 e, in seguito, ha lavorato in Italia fino alla fine del 1987, dimodoché occorre fondarsi sui documenti medici per valutare la sua capacità lavorativa.

## **E. 8.2**

Ora, dalla documentazione medica all'incarto e, principalmente, dal rapporto psichiatrico del dott. B.\_\_\_\_\_, medico dell'..., del 15 febbraio 2005 (doc. 17), dalla perizia particolareggiata E 213 della dott.ssa C.\_\_\_\_\_, medico dell'INPS, del 29 aprile 2009 (doc. 19a), dal rapporto del dott. D.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, del 24 novembre 2009 (doc. 23), dal rapporto psichiatrico del dott. E.\_\_\_\_\_, medico dell'..., del 19 gennaio 2010 (doc. 28), nonché dalla presa di posizione del dott. F.\_\_\_\_\_, medico psichiatra dell'UAIE, del 21 giugno 2010 (doc. 35), si evince la diagnosi di psicosi schizofrenica e d'etilismo, con un deterioramento progressivo del quadro clinico. Questa diagnosi è univoca agli atti e non contestata dalla ricorrente, per cui il collegio giudicante non può che adottarla.

## **E. 8.3**

Per costante giurisprudenza, le affezioni appena menzionate sono di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Così, nell'assenza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui abbia subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante un anno e, al termine di questo anno, sia invalido almeno al 40% (fino al 31 dicembre 2007: art. 29 cpv. 1 lett. a e b; dal 1° gennaio 2008: art. 28 cpv. 1 lett. b e c LAI).

### **E. 9.1**

Rispetto all'influenza delle affezioni diagnostiche sulla capacità lavorativa, la dott.ssa C. \_\_\_\_\_ ha valutato, nella sua perizia E 213, che la ricorrente non è più in grado di svolgere regolarmente alcuna attività lucrativa, essendo invalida al 100%. Peraltro, nel certificato medico dell'..., del 23 marzo 2009 (doc. 18), è affermato che il quadro clinico della ricorrente si è deteriorato progressivamente, al punto da rendere necessario un'assistenza per l'adempimento delle normali occupazioni della vita quotidiana. Nel suo rapporto finale del 24 novembre 2009, dopo avere accentuato la dimensione sociale del caso rispetto a quella medica, il dott. D. \_\_\_\_\_ si è limitato ad affermare che la ricorrente non è durevolmente impedita nell'esecuzione delle mansioni casalinghe. Dal canto suo, il dott. F. \_\_\_\_\_ ha stimato, con presa di posizione del 21 giugno 2010, un'incapacità ad eseguire i compiti domestici del 20% dal 1985, anno della prima ospitalizzazione della ricorrente, e del 50% dal 15 febbraio 2005, data del rapporto del dott. B. \_\_\_\_\_.

### **E. 9.2**

Visti gli atti all'incarto, il collegio giudicante non può condividere in pieno il parere del dott. F. \_\_\_\_\_, secondo cui la ricorrente presenta dal 2005 un'incapacità di svolgere le mansioni consuete di casalinga soltanto del 50%. Tale parere non appare convincente rispetto all'insieme delle circostanze del caso, nella misura in cui non ha tenuto conto dell'aggravamento dello stato di salute chiaramente evidenziato nel certificato medico dell'..., del 24 marzo 2009, e dalla dott.ssa C. \_\_\_\_\_ nella sua perizia E 213. A questo proposito, il medico dell'INPS ha rimarcato, nella parte dedicata all'anamnesi patologica, che la ricorrente è nota ai servizi psichiatrici della ... dal 1985, quando è stata ricoverata in psichiatria per un quadro caratterizzato da tematiche deliranti persecutorie e da allucinazioni uditive, che un altro ricovero per riacutizzazione psicotica è avvenuto nel 1991 e che nel corso degli anni si è verificato un progressivo ed ingravescente impoverimento ideativo, affettivo e motivazionale, con trascuratezza sempre maggiore della cura di sé stessa e ripetuti abusi alcolici. Il medico dell'INPS ha inoltre evidenziato il fatto che la ricorrente necessita di una terapia psicofarmacologica continua e di controlli periodici. Anche il dott. E. \_\_\_\_\_, nel suo rapporto del 19 gennaio 2010, ha descritto una situazione, dai punti di vista medico e sociale, che non lascia intravedere la possibilità di una capacità lavorativa nemmeno minima, la ricorrente, nel quadro di una psicosi schizofrenica trattata con "Haldol decanoas" e d'alcolismo, essendo apatica e in difficoltà a gestire la propria igiene personale e della casa, nonché la regolarità dei pasti. Questo medico ha rilevato inoltre l'assoluta inaffidabilità rispetto ad un'assunzione autonoma della terapia e dell'indisponibilità a qualsiasi intervento terapeutico riabilitativo più strutturato.

### **E. 9.3**

Secondo la giurisprudenza, una dipendenza, che si tratti d'alcolismo, di farmacodipendenza o di tossicomania, non costituisce di per sé un'invalidità ai sensi della legge, ma svolge un

ruolo nell'assicurazione invalidità se ha provocato una malattia o un infortunio che determinano un danno alla salute fisica, mentale o psichica con incidenza sulla capacità di guadagno, oppure se essa stessa risulta da un danno alla salute fisica, mentale o psichica con valore di malattia. I relativi fatti devono essere apprezzati globalmente, comprese le cause e le conseguenze della dipendenza, ciò che implica di tenere conto di un'eventuale interazione tra la dipendenza e la comorbidità psichiatrica. Per ammettere un'invalidità dovuta ad una dipendenza, è necessario che la comorbidità psichiatrica all'origine della dipendenza presenti un grado di gravità e d'acuità sufficiente per giustificare, di per sé, una diminuzione della capacità di lavoro e di guadagno, che sia atta a causare una tale dipendenza e vi contribuisca perlomeno in proporzioni considerevoli. Se la comorbidità non costituisce che una causa secondaria della dipendenza, quest'ultima non può essere ammessa come la conseguenza di un danno alla salute psichica. Tuttavia, se esiste un vincolo di causalità tra la lesione alla salute psichica e la dipendenza, la misura dell'esigibilità deve essere determinata in funzione delle limitazioni indotte dalla malattia psichica e dalla dipendenza (sentenze del Tribunale federale 9C\_960\_2009 del 24 febbraio 2010, 9C\_395/2007 del 15 aprile 2008 consid. 2.2 e I 169/06 dell'8 agosto 2006 consid. 2.2; DTF 124 V 265 consid. 3c).

#### **E. 9.4**

In concreto, dalla documentazione agli atti risulta che determinante è l'affezione psichiatrica e che, verosimilmente, ad essa è dovuta la dipendenza all'alcol, la quale è peggiorata con il passare degli anni. Il collegio giudicante considera pertanto che, al più tardi a partire dal 24 marzo 2009, data del rapporto medico dell'..., la ricorrente presenta nell'ambito delle sue mansioni di casalinga un'incapacità del 100%.

#### **E. 9.5**

Giusta l'art. 88a cpv. 2 OAI se la capacità di guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. In concreto, tenuto conto di un tasso d'incapacità nell'eseguire le mansioni domestiche del 20% dal 1985, del 50% dal 15 febbraio 2005, data del rapporto del dott. B.\_\_\_\_\_, e del 100% dal 24 marzo 2009, conformemente agli art. 28 cpv. 1 LAI (testo in vigore sino al 31 dicembre 2007) e 88a cpv. 2 OAI, la ricorrente avrebbe diritto ad un quarto di rendita dal 1° ottobre 2005, ad una mezza rendita dal 1° gennaio 2006 e ad una rendita intera d'invalidità dal 1° giugno 2009. Tuttavia, visto che la richiesta di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità è stata presentata il 30 marzo 2009, in conformità con l'art. 29 cpv. 1 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008 (cfr. consid. 3), il diritto alla rendita nasce solo a partire dal 1° settembre 2009.

#### **E. 10**

Di conseguenza, il ricorso deve essere accolto, la decisione impugnata annullata e l'incarto rinviato all'UAIE per il calcolo della rendita intera d'invalidità spettante alla ricorrente a decorrere dal 1° settembre 2009.

#### **E. 11**

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, non si prelevano spese processuali e l'importo di Fr. 300.-, versato a titolo d'anticipo l'8 e il 29 settembre 2010, è restituito alla ricorrente. In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in

tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Visto l'esito della procedura, si assegna alla ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.- a carico dell'UAIE.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.