



Corte III
C-4588/2008/

{T 0/2}

Sentenza dell'8 febbraio 2010

Composizione

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

Parti

A. _____,
rappresentata dal Patronato EPAS,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione del 27 maggio 2008).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana nata il (...), coniugata, ha lavorato in Svizzera come operaia dal 1971 al 2006, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 6). Il 19 ottobre 2006 l'assicurata ha formulato presso l'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale una domanda tendente ad ottenere una rendita d'invalidità svizzera, la quale è stata in seguito trasmessa all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE; doc. 1 a 4).

B.

Nell'ambito dell'istruzione della domanda di rendita, l'UAIE ha acquisito, tra gli altri, i documenti seguenti:

- il certificato e l'estratto del conto AVS/AI dell'assicurata (doc. 5 e 6),
- tre certificati medici del dott. B._____, del 19 dicembre 2005, del 9 e del 23 gennaio 2006, facenti stato di un'incapacità lavorativa completa per malattia dal 19 al 23 dicembre 2005, rispettivamente dal 9 al 14 e dal 16 al 23 gennaio 2006, fino a nuovo avviso (doc. 9 a 11),
- un certificato di lavoro, del 6 dicembre 2006, nel quale è riferito che l'assicurata ha lavorato come operaia per l'impresa "...", dal 2 marzo 1976 al 30 giugno 2006, confezionando ed impacchettando prodotti dolciari (doc. 12),
- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica, del 3 ottobre 2007, da cui si evince, in particolare, che l'economia domestica dell'assicurata si compone di due persone, viventi in uno spazio di cinque locali, e che le mansioni casalinghe sono svolte dall'interessata, benché in parte, ossia quattordici ore alla settimana, con l'aiuto prestatole da membri della sua famiglia e da terzi (doc. 13),
- il questionario per il datore di lavoro, del 3 ottobre 2007, dal quale risulta che l'assicurata ha lavorato come bracciante agricola (trasporto di merci con furgone ed etichettatura di confezioni di frutta), dal 18 settembre fino al 19 dicembre 2006 (fine della fase lavorativa), eseguendo, a causa della sua infermità, sei ore e trenta minuti al giorno, trenta ore alla settimana, invece delle usuali otto ore al giorno

per quaranta ore alla settimana, e percependo un salario orario di EUR 4.82 (doc. 14),

- il questionario per l'assicurata, del 3 ottobre 2007, dal quale si apprende, in particolare, che l'interessata ha percepito da ultimo in Svizzera, lavorando come operaia quaranta ore alla settimana, un salario mensile di Fr. 3'325.-, e che ha cessato tale attività, il 30 giugno 2006, per malattia, dopodiché ha lavorato come bracciante agricola in Italia, da agosto a dicembre 2006, quindi, a partire da gennaio 2007, si è occupata esclusivamente della propria economia domestica (doc. 15),

- un referto radiologico del 28 giugno 2005, facente stato di una scoliosi a carattere degenerativo con possibile ernia discale a livello L4/5 e L5/S1 (doc. 16),

- un referto tomografico del 4 luglio 2005, facente stato, in sostanza, di una condrosi a livello L4/5 (doc. 17),

- un certificato relativo a delle cure fisioterapiche, sottoscritto dal dott. B._____ il 24 marzo 2006 (doc. 18),

- un certificato relativo al versamento all'assicurata dell'indennità giornaliera da parte del suo assicuratore malattia, del 100% dal 6 febbraio al 30 marzo 2006 e del 50% dal 31 marzo al 19 giugno 2006, firmato dal dott. B._____ il 20 giugno 2006 (doc. 19),

- un referto di risonanza magnetica nucleare (RMN) delle ginocchia e della colonna lombo-sacrale, del 30 gennaio 2007, che ha evidenziato, in particolare, delle diffuse alterazioni spondilosiche, un'ernia discale ed una meniscosi (doc. 20 e 21),

- un rapporto medico del 7 febbraio 2007, in cui è attestata, in particolare, l'esistenza di un'ernia del disco L4/5 e di gonalgie bilaterali (doc. 22),

- una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. C._____, del 14 febbraio 2007, nella quale sono diagnosticati una lombosciatalgia cronica a sinistra, con discopatie multiple, una gonartrosi bilaterale ed un disturbo di circolo venoso superficiale agli arti inferiori, e nella quale è formulato un grado d'invalidità, secondo il diritto italiano, del

50%, l'assicurata non potendo più svolgere l'attività di bracciante agricola, ma potendo regolarmente eseguire lavori leggeri, al riparo dall'umidità, dal calore e dal freddo, senza dover sottoporsi a frequenti flessioni ed al percorso di piani inclinati, scale o scale a pioli, come pure al sollevamento ed al trasporto di pesi (doc. 23),

- il questionario per il datore di lavoro, del 27 dicembre 2007, dal quale risulta che l'assicurata ha lavorato come collaboratrice di produzione per la ditta "...", dal 22 marzo 1976 al 30 giugno 2006, eseguendo da ultimo otto ore e venti minuti al giorno, cinque giorni alla settimana, con un salario mensile di Fr. 3'325.-, e che è stata incapace di lavorare per malattia al 100% dal 16 gennaio al 31 marzo e al 50% dal 4 al 30 giugno 2006 (doc. 27),

- diversi certificati relativi ai periodi assicurativi in Italia (doc. 30 a 36).

C.

L'UAIE ha trasmesso la documentazione raccolta per apprezzamento al proprio servizio medico, nella persona del dott. D._____. Nella sua presa di posizione del 5 marzo 2008, quest'ultimo ha considerato la diagnosi di lombosciatalgia recidivante e di gonartrosi incipiente, valutando che non sussiste alcuna incapacità lavorativa per l'ultima attività svolta, sia quella d'operaia in Svizzera, sia quella di bracciante agricola in Italia, e, in generale, per attività che non implicino sforzi fisici importanti (doc. 39).

L'11 marzo 2008 l'UAIE ha quindi approntato un progetto di decisione, con il quale ha preannunciato all'assicurata il rigetto della sua domanda d'invalidità, invitandola nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni (doc. 40).

D.

Con scritto del 30 aprile 2008, rappresentata dal Patronato "Ente di patronato e di assistenza sociale" (EPAS), l'assicurata ha chiesto la liquidazione della pratica ed ha prodotto un primo certificato medico del dott. E._____, del 29 aprile 2008, in cui è riferita sostanzialmente la nota diagnosi e specificato che l'interessata indossa un busto ortopedico durante sei ore al giorno (doc. 42 e 43).

Il dott. D._____ ha preso posizione sul detto certificato mediante rapporto del 21 maggio 2008, rilevando che esso non apporta nuovi

elementi diagnostici, per cui l'apprezzamento del caso rimane invariato (doc. 45).

Il 27 maggio 2008 l'UAIE ha così emanato una decisione, tramite la quale ha negato all'assicurata il diritto all'ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera (doc. 46).

E.

Contro questa decisione, rappresentata dall'EPAS, l'assicurata ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 4 luglio 2008, chiedendo implicitamente che le sia riconosciuto il diritto ad una mezza rendita d'invalidità, ed ha esibito la copia di una lettera del suo ex assicuratore malattia svizzero, del 30 marzo 2006, nella quale è riferita un'incapacità lavorativa del 50% dal 3 aprile 2006, ed un certificato medico del 4 luglio 2008, di difficile lettura, diagnosticante, in sostanza, una gonalgia bilaterale, una degenerazione articolare artrosica precoce ed uno stato dopo operazione del tunnel carpale, con cluadicatio e difetto posturale del rachide.

Esprimendosi sul detto certificato mediante rapporto del 14 ottobre 2008, il dott. D._____ ha concluso che esso non è suscettibile di modificare l'apprezzamento del caso, aggiungendo che eventuali esacerbazioni del dolore possono giustificare, se del caso, delle sospensioni del lavoro di breve durata (doc. 48).

L'UAIE ha risposto l'11 novembre 2008, chiedendo che il ricorso sia respinto e la decisione impugnata confermata.

La ricorrente ha replicato il 23 dicembre 2008, ribadendo le proprie conclusioni, ed ha prodotto un secondo certificato del dott. E._____, del 17 dicembre 2008, fondamentalmente identico al primo.

Il dott. D._____ si è pronunciato su questo certificato nel suo rapporto del 13 gennaio 2009, valutando che esso non apporta nulla di nuovo dal punto di vista diagnostico, ed ha confermato il proprio apprezzamento del caso (doc. 50).

L'UAIE ha duplicato il 15 gennaio 2009, reiterando la propria posizione di rigetto del ricorso e conferma della decisione impugnata.

F.

Con decisione incidentale del 21 gennaio 2009, questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Un versamento di Fr. 288.- è stato effettuato il 20 febbraio 2009.

Il 26 febbraio 2009 la ricorrente ha prodotto una relazione di consulenza tecnica medico-legale del dott. F._____, del 23 febbraio 2009, nella quale è posta la nota diagnosi, è rilevata la necessità di utilizzare un busto in permanenza ed è formulato un grado d'invalidità del 60%.

G.

Mediante decisione incidentale del 5 marzo 2009, questo Tribunale ha richiesto alla ricorrente di versare i rimanenti Fr. 12.- a titolo d'anticipo delle presunte spese processuali di complessivi Fr. 300.-. Un versamento di Fr. 24.- è intervenuto il 30 marzo 2009.

Diritto:**1.**

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

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

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

1.4 In concreto, il ricorso è 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.

2.

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

2.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'Allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo (art. 6 del

Regolamento CEE n° 1408/71). Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

2.3 L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

2.4 Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

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

4.

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

5.

Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI, nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007, precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta.

In concreto, la ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 19 ottobre 2006. Questo Tribunale può quindi limitarsi ad esaminare se la ricorrente abbia diritto ad una rendita il 19 ottobre 2005 (ossia dodici mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 27 maggio 2008, data della decisione dell'UAIE. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6.

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere, cumulativamente, le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;

- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno, rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, ad un'assicurazione sociale assimilata (Foglio federale 2005 pag. 4065; art. 45 del Regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea o dell'Associazione europea di libero scambio, durante almeno tre anni, di cui almeno uno in Svizzera (art. 36 LAI).

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.

7.

7.1 In base all'art. 8 LPGGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma

stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

7.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} 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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

7.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute 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 partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

7.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al

guadagno è definita all'art. 7 LPGA 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 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

7.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, 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.

8.

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).

9.

9.1 Secondo le indicazioni fornite dall'ultimo datore di lavoro in Svizzera (doc. 27), la ricorrente ha lavorato dal 22 marzo 1976 al 30 giugno 2006 in qualità d'operaia addetta alla produzione, a tempo pieno (8.2 ore al giorno, cinque giorni alla settimana), per un salario mensile di Fr. 3'325.- nel 2006. L'interessata ha dovuto sospendere tale attività per malattia, in particolare dal 16 gennaio al 31 marzo (incapacità del 100%) e dal 1° aprile al 30 giugno 2006 (incapacità del 50%), cessando definitivamente di lavorare a partire da quest'ultima data per motivi personali, dopodiché è rientrata in Italia.

È perciò lecito concludere che, almeno fino al 15 gennaio 2006, la ricorrente non ha mai subito un'invalidità di grado pensionabile.

9.2 Rientrata in Italia, la ricorrente ha lavorato come bracciante agricola dal 18 settembre al 31 dicembre 2006, assumendo tuttavia mansioni leggere (trasporto di merci con furgone ed etichettatura di confezioni di frutta) per trenta ore alla settimana, anziché le normali quaranta ore. Il datore di lavoro ha indicato come motivo della cessazione di questa attività la "fine della fase lavorativa" (doc. 14).

Occorre pertanto esaminare la documentazione medica agli atti, per determinare se la ricorrente avrebbe potuto continuare un'attività lavorativa tale da escludere il diritto a delle prestazioni dell'assicurazione invalidità.

10.

10.1 In concreto, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia E 213 del dott. C._____, medico dell'INPS, del 14 febbraio 2007 (doc. 23), come pure dai rapporti del dott. D._____, medico dell'UAIE, risulta, in sostanza, la diagnosi di lombosciatalgia a sinistra e di gonartrosi bilaterale degenerative.

Visto il carattere univoco di questa diagnosi, ripresa anche dai certificati medici prodotti dalla ricorrente in questa sede, il collegio giudicante non intravede nessun motivo per discostarsene.

10.2 Per costante giurisprudenza, le affezioni appena menzionate sono di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Così, nell'assenza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile l'art. 29 cpv. 1 let. a LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007), per cui può entrare in considerazione solo la lettera b della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante almeno un anno.

11.

11.1 Il dott. C._____ ha fissato, nella perizia E 213, un grado d'invalidità del 50%, ritenendo che la ricorrente, da un lato, non è più in grado di svolgere l'attività di bracciante agricola, e, dall'altro lato, è capace di eseguire regolarmente lavori leggeri, al riparo dall'umidità, dal calore e dal freddo, senza dover sottoporsi a frequenti flessioni ed al percorso di piani inclinati, scale o scale a pioli, come pure al sollevamento ed al trasporto di pesi. Nel certificato del 29 aprile 2004 (doc. 43) e in quello, sostanzialmente identico, del 17 dicembre 2008, prodotti dalla ricorrente, il dott. E._____ non si è pronunciato sulla questione della capacità lavorativa.

Nella sua presa di posizione del 5 marzo 2008 (doc. 39), il dott. D._____ ha considerato che la ricorrente non subisce alcuna incapacità lavorativa né come collaboratrice di produzione (confezione ed impacchettamento di prodotti dolciari), né come bracciante agricola (etichettatura di confezioni di frutta), né in altre attività leggere confacenti al suo stato di salute, rilevando che le affezioni diagnosticate si riscontrano abitualmente all'età della ricorrente e che non presentano alcun segno di gravità. Il medico dell'UAIE ha ribadito il proprio apprezzamento del caso sia nella presa di posizione del 21 maggio 2008 (doc. 45), sia in quelle del 14 ottobre 2008 (doc. 48) e del 13 gennaio 2009 (doc. 50), ammettendo tutt'al più, in caso d'esacerbazione del dolore, delle sospensioni del lavoro di breve

durata, e concludendo che lo stato di salute della ricorrente risulta stazionario dal 2005.

11.2 Dopo la duplica dell'UAIE del 15 gennaio 2009, la ricorrente ha fatto pervenire a questo Tribunale una relazione di consulenza medico-legale del dott. F._____, del 23 febbraio 2009. In essa è riassunta la documentazione medica agli atti ed è formulato un grado d'invalidità del 60% in riferimento alla professione di bracciante agricola, intesa come attività che implica il carico statico e dinamico del rachide. La detta relazione non apporta nuovi elementi diagnostici rispetto a quelli già conosciuti e documentati all'incanto, e la valutazione del grado d'invalidità del 60% non si riferisce tanto all'attività di bracciante agricola effettivamente esercitata da ultimo dalla ricorrente (trasporto di merci con furgone ed etichettatura di confezioni di frutta; doc. 14), quanto all'attività di bracciante in generale. Oltre a ciò, l'esame elettro-neuromiografico degli arti inferiori, di cui è stata annunciata l'esecuzione nella relazione in questione, non è pervenuto fino ad oggi a questo Tribunale.

Visto il tenore della relazione medico-legale ed il fatto che nessun nuovo referto medico oggettivo, quale il detto esame elettro-neuromiografico, non è stato esibito in questa sede, il collegio giudicante considera che la ricorrente è in grado di svolgere senza restrizioni attività leggere, confacenti al suo stato di salute, come quella di bracciante agricola, svolta da ultimo in Italia (trasporto di merci con furgone ed etichettatura di confezioni di frutta), o quella di collaboratrice di produzione, esercitata da ultimo in Svizzera (confezione ed impacchettamento di prodotti dolciari).

12.

È necessario a questo punto ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

13.

Di conseguenza, in applicazione delle norme legali e della giurisprudenza sopra citate, la decisione impugnata del 27 maggio 2008 deve essere confermata e il ricorso respinto.

14.

14.1 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 che vede la ricorrente soccombere, le spese processuali di Fr. 300.- sono poste a carico di quest'ultima e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 20 febbraio e il 30 marzo 2009. L'importo restante di Fr. 12.- è restituito alla ricorrente.

14.2 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, non si assegnano alla ricorrente indennità per spese ripetibili.

Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del Regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali di Fr. 300.- sono poste a carico della ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 20 febbraio e il 30 marzo 2009. Alla ricorrente è restituito l'importo di Fr. 12.- versato in eccesso.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

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

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: