



Corte III
C-5336/2007
{T 0/2}

Sentenza del 27 maggio 2009

Composizione

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

Parti

A. _____,
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
27 giugno 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il (...), coniugata con figli, ha lavorato in Svizzera dall'agosto del 1971 al giugno del 1978 (doc. 1), solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS) durante tale periodo. Rientrata in Italia, ha svolto attività lucrativa come operaia nel settore agricolo. Il 31 dicembre 1998, ha interrotto il lavoro per ragioni di salute (doc. 4 e 8). L'assicurata percepisce, a far tempo dal 1° gennaio 2001, una pensione d'invalidità italiana di complessivi Euro 412.18 mensili. Il 30 aprile 2004, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 4).

B.

B.a Nel questionario per l'assicurato del 16 novembre 2005, l'assicurata ha dichiarato di avere interrotto l'attività lavorativa il 31 dicembre 1998 per ragioni di salute (doc. 8). Nel formulario per assicurati occupati nell'economia domestica, sempre del 16 novembre 2005 (doc. 9), ha affermato di necessitare dell'aiuto di terzi (segnatamente dei famigliari) per svolgere le mansioni consuete che competono ad una casalinga. È stata esibita documentazione medica (doc. 10 a doc. 19).

B.b Dalla perizia medica particolareggiata del 22 febbraio 2005 del dott. B._____, del servizio medico dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di C._____, risulta che l'interessata soffre di: "aortomiocardiosclerosi ipertensiva, broncopatia cronica ostruttiva, poliartrosi ad incidenza funzionale, sindrome ansioso depressiva, in donna di 47 anni in mediocri condizioni generali, obesa." L'assicurata è stata considerata invalida nella misura del 70% sia nella precedente attività che in un'attività adeguata alle sue condizioni (lavoro sedentario che tenga conto delle seguenti controindicazioni: freddo, frequenti flessioni, trasporto e sollevamento di pesi, salita di piani inclinati, scale o scale a pioli; v. perizia medica particolareggiata del 22 febbraio 2005, doc. 20).

B.c Nel suo rapporto del 13 gennaio 2006, il dott. D._____, del Servizio medico regionale "Rhône" (SMR) - dopo avere esposto la diagnosi di disturbi degenerativi della colonna vertebrale - ha ritenuto

che la documentazione medica è incompleta ed insufficiente al fine di una valutazione del caso. Ha quindi chiesto un complemento d'istruttoria (doc. 22).

B.d Il 18 gennaio 2006, l'autorità inferiore ha richiesto all'INPS di C._____, 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 cardiologico (rapporto dattiloscritto su modulo ufficiale SS 10bis), un esame psichiatrico (rapporto dattiloscritto comprendente l'anamnesi, l'evoluzione della malattia, lo stato di salute, la diagnosi, la prognosi, la durata del trattamento, la frequenza delle sedute, la terapia, i farmaci con dosaggio e denominazione chimica, nonché l'incapacità lavorativa in percentuale), informazioni sullo stato psichico (aspetto, atteggiamento, stato di coscienza quantitativamente e qualitativamente, orientamento spazio temporale, funzioni della memoria, concentrazione, facoltà di comprensione, d'interpretazione e di percezione), informazioni sul pensiero, dal punto di vista formale e del contenuto (spersonalizzazione, condizione e contatti affettivi, labilità affettiva, tendenza al suicidio, disordini del ritmo circadiano, psicomotricità e linguaggio), ecocardiografia con indicazioni della frazione d'eiezione (FE) del ventricolo sinistro, spirometria normale e ergometria con indicazioni circa la classe NYHA (livello della sforzo ottenuto [Watts, METS] con fotocopia dell'ECG; doc. 24).

B.e Dalle carte processuali risultano essere stati prodotti in particolare i seguenti documenti:

- un referto di esami ematici e delle urine dell'8 e 9 gennaio 2004 (doc. 42 e 43);
- una relazione di visita pneumologica del 20 gennaio 2004, in cui è evidenziata la diagnosi di BPCO (doc. 44);
- un referto di spirometria del 29 gennaio 2004 (doc. 45);
- un referto di ecografia addome superiore epatosplenica ed ecografia addome inferiore del 10 febbraio 2004 (doc. 46);
- una relazione di visita cardiologica del 26 febbraio 2004, secondo cui l'interessata è affetta segnatamente da aortomiocardiocoronarosclosi classe NYHA I-II ed obesità

(BMI = 36), unitamente ad un referto di elettrocardiogramma (doc. 47);

- un referto di esame RX (colonna vertebrale e bacino) del 1° marzo 2004 (doc. 48);
- un certificato medico del 2 marzo 2004, da cui emerge che l'interessata (in cura da circa 10 anni) è affetta da nevrosi ansioso-depressiva con crisi fobico ossessive in paziente con cefalea a grappolo (doc. 49);
- un certificato medico del 12 marzo 2004, giusta il quale la paziente è affetta segnatamente da cervicobrachialgia bilaterale, dorsalgia, lombosciatalgia bilaterale, limitazione delle spalle dx e sin, coxalgia bilaterale nonché gonalgia bilaterale (doc. 50 nonché doc. 53);
- una relazione medico-legale del 24 marzo 2004, da cui risulta la diagnosi di aortomiocardiocoronarosclerosi in I-II classe NYHA, broncopneumopatia cronica ostruttiva, spondiloartrosi cervico-dorso-lombo-sacrale con discopatia C4-C5, C5-C6, L4-L5, L5-S1 ad incidenza funzionale medio-grave, asma allergico intrinseco, coxartrosi bilaterale a modica incidenza funzionale, gonartrosi bilaterale a modica incidenza funzionale, artrosi pluridistrutturale e distonia neurovegetativa con sindrome ansioso-depressiva e crisi fobico-ossessive; l'interessata è stata ritenuta incapace al lavoro in misura superiore ai 2/3 in occupazioni confacenti alle proprie attitudini (doc. 28);
- la sentenza pronunciata dal Tribunale ordinario di E._____, Sezione del lavoro il 20 aprile 2004 (doc. 29);
- un referto di visita oculistica del 18 maggio 2004 (doc. 51);
- una ricetta medica del 19 maggio 2004 (doc. 71);
- un referto di esame eco(color)doppler dei tronchi sovraortici (TSA) del 28 maggio 2004 (doc. 52);
- un referto di esame RMN (caviglia sn) del 23 febbraio 2005 (doc. 54);

- un referto di esame (colonna lombare, sacro-coccige, bacino, anca sinistra) del 26 agosto 2005 (doc. 55 e 56);
- certificati medici del 31 agosto e 25 ottobre 2005, secondo cui l'interessata è affetta segnatamente da sacro-coccigodinia e coxalgia a sin postraumatiche (doc. 57 e 58);
- un certificato medico del 28 ottobre 2005, da cui appare la dignosi segnatamente di dorsalgia con riferita algia addominale (doc. 59);
- certificati medici del 16 novembre 2005 e del 22 marzo e 20 settembre 2006, in cui è evidenziata la diagnosi di diabete mellito tipo II (doc. 60, 64 e 76);
- un referto di esame RM (spalla sn e spalla dx) del 10 gennaio 2006 (doc. 61);
- un certificato medico del 17 febbraio 2006, da cui risulta la diagnosi di lombosciatalgia bilaterale (doc. 62);
- un certificato medico (non datato), da cui emerge la diagnosi di diabete mellito tipo II in attuale scompenso glicometabolico (doc. 63);
- una relazione di visita pneumologica del 29 marzo 2006, attestante broncopatia cronica in soggetto con alterazione funzionale di tipo ostruttivo a carico delle piccole vie aeree, unitamente al referto di spirometria (doc. 65 e 66);
- certificati medici del 3 aprile e 18 luglio 2006, giusta i quali la paziente è affetta segnatamente da cervicobrachialgia bilaterale da discopatie multiple in sede C4-C5, C5-C6 con parestesie arti superiori, dorsalgia da spondiloartrosi con notevole limitazione funzionale, lombalgia bilaterale da grave spondiloartrosi e discopatie L4-L5, L5-S1, limitazione funzionale delle spalle dx e sin da lesione cronica delle cuffie dei rotatori, coxalgia bilaterale da coxartrosi con limitazione funzionale, gonalgia bilaterale, coccigodinia, artrite cronica del collo-piede (doc. 67 e doc. 72);

- una relazione di visita cardiologica del 4 aprile 2006, attestante sindrome metabolica (obesità, ipertensione, diabete) classe NYHA II, unitamente ad un referto di elettrocardiogramma (doc. 68);
- un certificato medico dell'8 maggio 2006, secondo cui la paziente è affetta da nevrosi ansia con depressione marcata (doc. 69);
- un certificato medico (non datato), da cui emerge la diagnosi segnatamente di asportazione locale di cisti mucoide (doc. 70);
- una relazione di visita cardiologica del 14 settembre 2006, da cui appare la diagnosi di ipertensione arteriosa con iniziale impegno miocardico, unitamente al referto di elettrocardiogramma (doc. 73 e 74);
- un referto di esame ergometrico del 19 settembre 2006 da cui emerge che il test ha dovuto essere interrotto dopo pochi secondi dall'inizio dell'esercizio per difficoltà deambulatorie e che il caso non è valutabile per ischemia indotta dallo sforzo (doc. 75),
- un certificato medico del 21 settembre 2006, giusta il quale la paziente è affetta da nevrosi ansioso depressiva marcata (doc. 77);
- un referto di esame ecocardiografico flussimetrico del 21 settembre 2006 (doc. 78 e 79);
- la perizia medica dettagliata E 213 della previdenza sociale italiana del 22 settembre 2006, attestante spondiloartrosi cervico-dorso-lombare con discopatie multiple, coxartrosi bilaterale, gonartrosi bilaterale, lesione cronicizzata della cuffia dei rotatori bilaterale con complessiva importante limitazione della funzione articolare, bronchite cronica ostruttiva con componente allergica, cardiopatia ipertensiva II classe NYHA, marcata nevrosi ansioso depressiva in donna di 55 anni già titolare di assegno ordinario di invalidità; nella stessa, l'interessata è considerata invalida nella misura dell'80% sia nella precedente attività (bracciante agricola) che in un'attività adeguata alle sue condizioni (doc. 81).

C.

Nel suo rapporto del 7 febbraio 2007, il dott. D._____ ha esposto la diagnosi principale di poliartrosi. Ha pure evidenziato la diagnosi correlata di spondiloartrosi cervico-dorso-lombare con discopatie multiple, coxartrosi bilaterale, gonartrosi bilaterale e lesione cronica della cuffia dei rotatori delle spalle (con ripercussioni sulla capacità lavorativa) nonché di broncopneumopatia ostruttiva di grado lieve con componente allergica, cardiopatia ipertensiva stadio NYHA I- II, nevrosi ansioso-depressiva e diabete mellito tipo II, non insulino dipendente (senza ripercussioni sulla capacità lavorativa). L'assicurata presenterebbe essenzialmente una grave poliartrosi incompatibile con l'attività di operaia nel settore agricolo. Per contro, l'esercizio di un'attività adeguata alle sue condizioni sarebbe esigibile da un punto di vista medico. Il dott. D._____ ha quindi osservato che l'interessata è stata sottoposta alle necessarie visite e che è stata prodotta copiosa documentazione medica. Ha infine fissato un'incapacità al lavoro dell'interessata del 100% nella precedente attività a partire dal 1° gennaio 1999, ma l'ha considerata abile al 100% in un'attività adeguata alle sue condizioni (attività a tempo pieno, seduta o semisedentaria, con sollevamento di pesi non superiore a 5 kg sporadicamente, senza camminare su un terreno sconnesso o con elevata pendenza, senza salire le scale, senza movimenti al di sopra dell'orizzontale, al riparo da polvere ed emanazioni, ad esclusione dei lavori pesanti), quale venditrice per corrispondenza/telefonica/su internet, venditrice presso un negozio/centro commerciale/chiosco/stazione di rifornimento, riparatrice di piccoli apparecchi/articoli domestici, cassiera, venditrice di biglietti, ricezionista, centralinista/telefonista nonché addetta alla registrazione di dati/scansione ottica di documenti (doc. 85 e 85.1).

D.

Il 23 marzo 2007, l'UAIE ha effettuato una valutazione del grado d'invalidità dell'interessata sulla base di un salario mensile da valida di Euro 1'239.00, conseguibile in Italia nel 2005 come operaia nel settore agricolo (cfr. statistiche edite dall'Ufficio internazionale del lavoro, Ginevra 2005), e l'ha contrapposto ad un salario da invalida per le attività di sostituzione proposte dal dott. D._____ di Euro 1'219.61 (cfr. statistiche edite dall'Ufficio internazionale del lavoro, Ginevra 2005). Quest'ultimo importo è stato ridotto del 10% ($1'219.61 - 121.96 = 1'097.65$), per tenere conto delle particolarità personali e professionali dell'interessata. Perciò, l'UAIE ha confrontato un reddito

da valida di Euro 1'239.00 ad uno teorico da invalida di Euro 1'097.65. Il calcolo della perdita di guadagno è stato indicato come segue: $[(1'239.00 - 1'097.65) \times 100] : 1'239.00 = 11.41 \%$ (doc. 86).

E.

Il 28 marzo 2007, l'autorità inferiore ha comunicato all'interessata che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta ed ha concesso a quest'ultima la facoltà di formulare delle obiezioni per iscritto (v. progetto di decisione, doc. 87).

F.

Il 7 maggio 2007, l'interessata ha fatto valere un'incapacità lavorativa dell'80% e postulato il diritto ad una rendita intera, dal momento che il suo stato di salute non le consentirebbe di far fronte da sola agli usuali compiti domestici, quindi tantomeno di svolgere un'attività lucrativa. Ha segnalato di essere stata costretta ad interrompere la sua attività lavorativa nel 1999 per ragioni di salute, malgrado la necessità economica di lavorare. Infine, ha fatto valere di essere stata riconosciuta invalida dalle autorità italiane a far tempo dal 2001. Ha prodotto copiosa documentazione medica (la maggior parte dei documenti già agli atti) (doc. 88 a 133).

G.

Nel suo rapporto del 22 giugno 2007, il dott. D._____ ha confermato la diagnosi principale, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, di poliartrosi con spondiloartrosi cervico-dorso-lombare e discopatie multiple, coxartrosi bilaterale e lesione cronica della cuffia dei rotatori delle spalle. Ha pure evidenziato la diagnosi correlata, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, di broncopneumopatia cronica ostruttiva di grado lieve con componente allergica, cardiopatia ipertensiva stadio NYHA I-II, nevrosi ansioso-depressiva e diabete mellito tipo II, non insulino dipendente. Ha quindi segnalato che la documentazione prodotta non comporta nuovi elementi clinici suscettibili di modificare il precedente apprezzamento (doc. 135).

H.

Il 27 giugno 2007, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurata non ha subito né un'incapacità permanente di guadagno né un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che l'esercizio di un'attività lucrativa più leggera (quale ad

esempio venditrice per corrispondenza/al telefono/su internet, venditrice in generale, riparatrice di piccoli elettrodomestici, cassiera, venditrice di biglietti, impiegata in un ufficio o nell'amministrazione) è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. Infine, ha rilevato che la documentazione prodotta non è suscettibile di giustificare un'altra soluzione (doc. 136).

I.

Il 6 agosto 2007, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale, poi regolarizzato con invio dell'8 agosto 2007, contro la decisione dell'UAIE del 27 giugno 2007 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità almeno da aprile 2004 (data della richiesta volta all'ottenimento di una rendita). Ha segnalato che le patologie da cui è affetta, in particolare ipertensione arteriosa, aortomiocardio-coronarosclerosi in I-II classe NYHA, diabete mellito tipo II, obesità, broncopneumopatia cronica ostruttiva, nevrosi ansioso-depressiva marcata nonché artrosi pluridistrettuale, non le consentono di far fronte da sola ai normali atti della vita quotidiana, quindi tantomeno di compiere gli usuali lavori domestici. Ha fatto valere di essere stata riconosciuta invalida dalle autorità italiane a far tempo dal 2001, d'essere invalidità all'80% e d'avere diritto ad una rendita intera anche in Svizzera. Si è doluta, fra l'altro, di un'applicazione errata del principio della parità di trattamento fra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea e cittadini svizzeri. Infine, ha precisato di essere stata costretta ad interrompere la sua attività lavorativa nel 1999 per ragioni di salute; senza il danno alla salute avrebbe continuato ad esercitare un'attività professionale (imprenditrice agricola). Ha esibito documentazione medica (la maggior parte dei documenti già agli atti) (doc. TAF 1 e 3).

J.

J.a Nel suo rapporto del 17 gennaio 2008, il dott. D._____ ha rilevato che i documenti medici esibiti riferiscono di affezioni, quali in particolare periartrite scapolo-omerale, esiti di distorsione della caviglia destra, diabete mellito tipo II in trattamento con ipoglicemizzanti orali, dimorfismo settale, rinite ipertrofica, acufene, ipoacusia di tipo percettivo bilaterale pantonale di grado da lieve a molto lieve, già note rispettivamente senza alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa. Ha osservato che tali documenti menzionano pure

cefalea resistente alla terapia con stato neurologico nei limiti della norma, affezione peraltro posteriore rispetto alla data della decisione impugnata. Il dott. D._____ ha quindi concluso che la documentazione medica prodotta non contiene elementi clinici nuovi (ed anteriori alla decisione impugnata del 27 giugno 2007) tali da modificare il precedente apprezzamento (doc. 139).

J.b Nella risposta al ricorso, ricevuta da questo Tribunale il 31 gennaio 2008, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti medici del febbraio e giugno 2007 e del gennaio 2008, il servizio medico dell'UAIE ha constatato che l'assicurata non avrebbe più potuto svolgere regolarmente attività pesanti, fra cui il precedente lavoro di bracciante agricola, ma ha considerato l'interessata abile al 100% in un'attività sostitutiva adeguata alle sue condizioni (lavoro con possibilità di alternare la posizione, senza esposizioni repentine ad eventi atmosferici avversi, senza salite di piani inclinati e scale, con sollevamento talvolta di pesi non superiori ai 5 kg), quale ad esempio addetta alle vendite, impiegata in un ufficio o nell'amministrazione. Sempre secondo detto servizio medico, la documentazione prodotta in sede ricorsuale non contiene elementi clinici nuovi tali da modificare la valutazione riguardo alla capacità lavorativa dell'insorgente. L'autorità inferiore ha altresì rilevato che l'assicurata, nell'ambito di attività di sostituzione, presenta un grado di invalidità del 11%, che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Infine, ha precisato che ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto sia esigibile per ovviare alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a frutto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (doc. TAF 11).

K.

Nella replica inoltrata il 10 marzo 2008 (con relativi allegati), la ricorrente ha ribadito il suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha fatto valere una completa incapacità lavorativa sia nella precedente attività come bracciante agricola che in qualsiasi attività lucrativa. Ha segnalato di essere stata riconosciuta invalida in Italia nel 2004 nella misura dell'80% con diritto ad una rendita intera dal 2001. Ha fatto valere, in particolare, che conto tenuto della sua età, delle patologie da cui è affetta, dei certificati redatti dai medici italiani, della sua formazione professionale, della sua residua capacità lavorativa (20%), della situazione del

mercato del lavoro in Italia nonché della totale inabilità al lavoro accertata dalle autorità italiane, deve essere riconosciuto il suo diritto ad una rendita intera d'invalidità (doc. TAF 15).

L.

Con decisione incidentale del 12 marzo 2008 (notificata il 18 marzo 2008; cfr. avviso di ricevimento agli atti), questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. Il 14 aprile 2004, la ricorrente ha versato l'importo di fr. 290.-- (doc. TAF 14 e 16 a 18).

M.

Nella duplice del 24 aprile 2008, l'autorità inferiore, dopo avere rilevato che la ricorrente non ha allegato alcun fatto nuovo suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento, ha nuovamente proposto la reiezione del ricorso. Ha precisato che l'assicurazione svizzera per l'invalidità non è vincolata dal fatto che l'interessata è stata riconosciuta quale invalida nel suo Paese. Infine, ha osservato che l'assenza di un'occupazione lucrativa in ragione dell'età o di una formazione insufficiente, non giustifica il riconoscimento di una rendita (doc. TAF 20).

N.

Il 30 aprile 2008, l'atto di duplice è stato trasmesso per conoscenza all'insorgente (doc. TAF 21).

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 di persone residenti all'estero contro le

decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'UAIE.

1.3 Il ricorso – presentato tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali [LPGA, RS 830.1] 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. In particolare, i cittadini svizzeri e quelli della Comunità europea godono della parità di trattamento per quanto concerne le condizioni per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

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. 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).

2.5 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). 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.

2.6 Visto quanto precede – e contrariamente a quanto postulato dall'insorgente nell'atto di replica del 22 febbraio 2008 in virtù di un'interpretazione inesatta del considerando 2.1 della sentenza di questo Tribunale nella causa C-2705/2006 del 15 marzo 2007 – il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato, anche successivamente all'entrata in vigore dell'ALC, esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

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

3.2 L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente

determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

3.3 La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 30 aprile 2004. In deroga all'art. 24 LPGGA, 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 30 aprile 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 27 giugno 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

4.

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

- essere invalido ai sensi della LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI).

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

5.

5.1 L'invalidità ai sensi della LPGGA 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 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, 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 LPGGA).

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. 1^{ter} 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 LPGGA), 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 LPGGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135). Peraltro, l'invalidità degli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa e per il resto sono dediti allo svolgimento delle proprie mansioni va computata secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi (art. 16 LPGGA) per la parte di attività lucrativa, mentre in merito all'impedimento a svolgere le mansioni consuete l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività – da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97) – conformemente all'art. 27 OAI. In tal caso occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa e quella del compimento degli altri lavori abituali e calcolare il grado d'invalidità globale in funzione dell'impedimento nei due ambiti in questione (metodo misto; cfr. DTF 125 V 148 consid. 2; sentenze del Tribunale federale 9C_35/2007 del 4

aprile 2008 consid. 2, I 503/04 del 13 settembre 2006 consid. 2, nonché in particolare I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 2 e I 540/02 del 12 maggio 2004 consid. 2).

6.2 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa. L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGGA, 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.

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

7.

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

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

essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

7.2 In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, di principio, sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione che procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

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

8.1 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).

8.2 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).

8.3 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. Un'eventuale inesigibilità presuppone la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa d'altri criteri qualificati quali l'esistenza di concomitanti affezioni organiche accompagnate da un decorso patologico plurienale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, uno stato psichico consolidato, senza possibilità d'evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico oppure l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 5).

8.4 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

9.

9.1 Dopo il rimpatrio, la ricorrente ha ancora esercitato un'attività lucrativa. In particolare, ha lavorato come operaia nel settore agricolo. Ha interrotto il lavoro il 31 dicembre 1998 per ragioni di salute. In seguito, si è dedicata, nella misura del possibile, ai lavori della propria economia domestica (doc. 2, 4, 8 e 9).

9.2

9.2.1 Dalla documentazione medica agli atti emerge che l'assicurata soffre segnatamente di poliartrosi con spondiloartrosi cervico-dorso-lombare e discopatie multiple, coxartrosi bilaterale, gonartrosi bilaterale, lesione cronica della cuffia dei rotatori delle spalle, broncopneumopatia ostruttiva di grado lieve con componente allergica, cardiopatia ipertensiva stadio NYHA I-II, nevrosi ansioso-depressiva e diabete mellito tipo II.

9.2.2 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 media di almeno il 40% durante un anno.

10.

10.1 Questo Tribunale rileva, dal profilo psichiatrico, che il dott. D._____ nel suo rapporto del 13 gennaio 2006 aveva ritenuto la

necessità d'ulteriori accertamenti (v. doc. 22). Come richiesto all'INPS dall'UAIE il 18 gennaio 2006 (doc. 24), tale rapporto avrebbe dovuto pronunciarsi in merito all'anamnesi, all'evoluzione della malattia, allo stato attuale (aspetto, atteggiamento, orientamento spazio-temporale, pensiero dal punto di vista formale e del contenuto, contatti affettivi, tendenza al suicidio, disordini del ritmo circadiano, psicomotricità), alla diagnosi e alla prognosi, alla durata del trattamento, alla frequenza delle sedute, alla terapia, ai farmaci (dosaggio e denominazione chimica) ed all'incapacità lavorativa (in percentuale). Ora, i certificati medici del 2 marzo 2004 e dell'8 maggio e 21 settembre 2006 del Dipartimento di salute mentale di E._____ (doc. 49, 69 e 77), peraltro manoscritti, mal leggibili e dal contenuto estremamente superficiale, non rispondono ai requisiti richiesti. Essi contengono certo delle indicazioni sull'anamnesi (paziente in cura da circa 10 anni), sui disturbi di cui soffre l'insorgente (cefalea, vertigini), su alcuni aspetti dello stato psichico (facies ipomimica, orientata nel tempo e nello spazio, eloquio spontaneo, tono dell'umore deflesso, turbe del ritmo sonno-veglia, ansia a conversione somatica, fobie con spunti ossessivi) e su alcuni medicinali assunti dalla paziente (F._____ gocce 10 x 2, G._____ 10 mg al dì), ma non si pronunciano assolutamente sull'evoluzione della malattia, sulla prognosi, sul trattamento (durata, frequenza, terapia) e, tantomeno, sulle conseguenze sulla capacità lavorativa. Pertanto, questo Tribunale osserva che la documentazione medica non può essere considerata sufficiente ai fini di un corretto accertamento dei fatti dal profilo psichiatrico.

10.2 Inoltre, questo Tribunale osserva che l'UAIE, sempre in relazione alla presa di posizione del dott. D._____ del 13 gennaio 2006 (v. doc. 22), aveva chiesto ulteriori accertamenti pure dal profilo cardiologico (v. doc. 24). Dalle carte processuali risultano essere stati prodotti in particolare delle relazioni di visita cardiologica del febbraio 2004 e dell'aprile e settembre 2006, unitamente ai referti di elettrocardiogramma, esame ergometrico ed esame ecocardiografico flussimetrico nonché una consulenza tecnica medico legale del 24 marzo 2004 (v. doc. 28, 47, 68, 73 a 75, 78, 79 e 90). Tali documenti medici evidenziano in particolare le diagnosi di aortomiocardiocoronarosclerosi I-II classe NYHA, broncopneumopatia cronica ostruttiva ed ipertensione arteriosa con iniziale impegno miocardico. Nel settembre del 2006 è peraltro stata consigliata l'effettuazione di una scintigrafia da sforzo (doc. 79). Il dott. D._____

– che non ha mai visitato personalmente l'insorgente – non ha indicato nei suoi diversi rapporti in modo chiaro e convincente i motivi per cui le citate affezioni cardiache non avrebbero alcuna incidenza sulla capacità lavorativa della ricorrente, nonostante che dalla consulenza tecnica medico-legale del 24 marzo 2004 del dott. H._____ (doc. 28 e doc. 90), considerata convincente dal Tribunale ordinario di E._____ nella procedura in materia d'invalidità italiana (v. doc. 91), risulti una siffatta incidenza (v. pag. 2 della sentenza del Tribunale). Non è neppure dato sapere per quale ragione il dott. D._____ non abbia ritenuto necessario un complemento d'istruttoria riguardo alla problematica cardiaca, ritenuto che nella menzionata consulenza tecnica medico-legale è evidenziato un progressivo aggravamento delle patologie cardiache, senza che si possa ritenere senz'altro siccome inutile o comunque non necessario un complemento d'informazione dal profilo cardiologico. Ne discende che questo Tribunale ritiene un insufficiente accertamento dei fatti anche da tale profilo.

10.3 Più in generale, va rilevato che il medico incaricato dall'UAIE d'esprimere la sua valutazione medica unicamente in virtù degli atti di causa, deve spiegare, in modo logico ed adeguato, le ragioni che hanno determinato il suo convincimento, dimostrando d'avere tenuto conto d'ogni fatto decisivo. In altri termini, la sussistenza o meno di uno stato invalidante deve fondarsi su considerazioni motivate ed argomentazioni esaurienti e convincenti dal profilo clinico-diagnostico ed esatte da quello logico-valutativo, presupposti non adempiti nel caso di specie dai rapporti del dott. D._____ su cui si fonda nella sostanza la decisione litigiosa.

11.

Per conseguenza, la decisione impugnata, che viola il diritto federale (accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti per quanto attiene alla residua capacità lavorativa in attività di sostituzione adeguate), incorre nell'annullamento.

12.

Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (ULRICH HÄFELIN / GEORG MÜLLER / FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5^a ed., Zurigo/Basilea/Ginevra 2006, n.

1977 pag. 418). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e DTF 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda, in tempi ragionevoli, a completare l'accertamento dei fatti determinanti relativamente allo stato di salute della ricorrente – con perizia psichiatrica, cardiaca ed ogni altra che dovesse rendersi necessaria ritenuto il tempo ormai trascorso dalla stesura dei rapporti medici oggettivi presenti agli atti di causa – nonché a pronunciare una nuova decisione.

13.

13.1 Visto che il ricorso è parzialmente accolto, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'importo di fr. 290.--, versato il 14 aprile 2004, è restituito alla ricorrente. La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, formulata dalla ricorrente nell'atto inoltrato l'8 agosto 2007, è pertanto divenuta senza oggetto.

13.2 Ritenuto che l'insorgente non è rappresentata in questa sede e che non risulta che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla procedura di ricorso, non si giustifica l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]).

13.3 A titolo abbondanziale, e nella misura in cui si volesse, per denegata ipotesi, ritenere che la ricorrente abbia pure inoltrato una richiesta di gratuito patrocinio, nel senso della designazione di un difensore d'ufficio, questo Tribunale osserva, in considerazione del contenuto del gravame e dell'atto di replica, che la domanda avrebbe dovuto essere respinta, l'insorgente apparendo in grado di tutelare adeguatamente i suoi legittimi interessi senza l'ausilio di un legale, fermo restando che nel caso concreto non appaiono porsi questioni di fatto o di diritto particolarmente complesse.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 27 giugno 2007 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'importo di fr. 290.--, versato il 14 aprile 2008, è restituito alla ricorrente. La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli 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 – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: