



Corte III
C-6485/2007
{T 0/2}

Sentenza dell'11 dicembre 2008

Composizione

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

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avvocato Giovanni Augugliaro,
via Pretorio 20, 6901 Lugano,
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 agosto 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il (...), coniugata con una figlia, ha lavorato in Svizzera dal 1994 al 2005 (doc. 2 e doc. 4), solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 3). Dal 1° luglio 2002, è stata alle dipendenze della B._____ in qualità di commessa venditrice (doc. 9). Il 16 settembre 2005, ha interrotto il lavoro per ragioni di salute (doc. 2 e doc. 9). È in malattia dal 17 settembre 2005 (doc. 2) ed è stata licenziata con effetto al 1° marzo 2007 (v. perizia medica della dott.ssa C._____ del 14 febbraio 2007). Il 20 settembre 2006, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2).

B.

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone Ticino (Ufficio AI) ha assunto agli atti, segnatamente:

- una relazione medica del 14 ottobre 2005 concernente il ricovero dell'interessata dal 21 settembre al 14 ottobre 2005 per disturbo psicotico presso l'D._____ (doc. 12.15);
- un rapporto di visita medico-fiduciaria del 27 marzo 2006 della dott. ssa C._____ (basato su una visita del 24 marzo 2006), specialista in psichiatria e psicoterapia (incaricata dall'assicurazione E._____), da cui emerge che l'assicurata è affetta da disturbo schizoaffettivo attualmente in fase depressiva (F 25.1 secondo l'ICD 10), che la prognosi a medio-lungo termine della malattia appare favorevole, che dopo un'inabilità totale al lavoro dal 21 settembre 2005 al 14 maggio 2006, a partire dal 15 maggio 2006 la paziente è da considerare abile al 50% nella precedente attività e dal 1° giugno 2006 abile al lavoro al 100% (doc. 1.32);
- un rapporto di visita dell'ispettore della E._____ dell'11 luglio 2006, il quale ha ritenuto l'assicurata incapace al lavoro al 100% dal 17 settembre 2005 ed ancora per tre-quattro mesi (doc. 1.20);

- un rapporto di visita medico-fiduciaria del 28 luglio 2006 della dott.ssa C._____ (basato su una visita del 27 luglio 2006), nel quale è stata proposta la diagnosi di disturbo schizoaffettivo attualmente in fase depressiva e ritenuta da subito una capacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività lavorativa (doc. 1.16)
- i certificati medici del 18 agosto e del 30 ottobre 2006 del dott. F._____, medico curante dell'assicurata, giusta i quali quest'ultima è regolarmente seguita dal G._____ dal mese di ottobre 2005 con una diagnosi di sindrome depressiva a episodi ricorrenti dopo un ricovero ospedaliero dal 21 settembre al 14 ottobre 2006 (recte: 2005); il medico ha fra l'altro indicato che "allo stato attuale la situazione clinica appare in via di miglioramento", ma l'interessata presenterebbe un'inabilità lavorativa totale (doc. 1.14 e doc. 12.16);
- un certificato medico del 22 settembre 2006 del dott. H._____, attestante la diagnosi di psicosi schizofrenica in terapia medica continua (doc. 3.8);
- un rapporto medico del 17 ottobre 2006 della dott.ssa C._____ da cui risulta che la paziente è abile al lavoro al 100% in ogni professione (doc. 1.10).
- il questionario del datore di lavoro del 23 novembre 2006 (doc. 9);
- un rapporto medico del 5 dicembre 2006 del dott. F._____, secondo cui l'assicurata è affetta da psicosi depressiva da ottobre 2005 e giustificata un'incapacità lavorativa del 100% (doc. 10);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 5 febbraio 2007, attestante la diagnosi di disturbo schizoaffettivo in attuale fase depressiva e da cui appare che l'interessata è invalida nella misura del 67% nella precedente attività, ma in grado di svolgere, a tempo pieno, un lavoro adeguato alle sue condizioni (doc. 12.2, in particolare pag. 10);

- la perizia medica del 14 febbraio 2007 della dott.ssa C._____, secondo cui la paziente è affetta da sindrome schizoaffettiva tipo depressivo in fase di risoluzione completa, presenta una sintomatologia che oggettivamente non incide sulla capacità lavorativa e che è abile al lavoro al 100% nella precedente attività dal 27 luglio 2006 (doc. 2.2).

C.

C.a Nel suo rapporto del 10 aprile 2007, la dott.ssa I._____, medico del Servizio medico regionale (SMR), dopo aver ripreso la diagnosi di disturbo schizo-affettivo (F 25.1 secondo l'ICD 10) ed analizzato la documentazione medica assunta, ha considerato l'assicurata, a parte un periodo di incapacità totale al lavoro dal 17 settembre 2005 al 14 maggio 2006 e di incapacità al lavoro del 50% dal 15 al 31 maggio 2006, di nuovo in grado di svolgere la sua precedente attività a decorrere dal 1° giugno 2006. È giunta alla conclusione che la perizia della dott. C._____ è da considerarsi esauriente. Ha osservato, in particolare, che non sussiste alcun elemento clinico tale da modificare quest'ultima valutazione medica (doc. 15).

C.b Con progetto di decisione del 16 aprile 2007, l'Ufficio AI ha comunicato all'interessata che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta per carenza d'incapacità al lavoro media del 40% durante un anno (doc. 16).

D.

D.a Con scritto del 9 maggio 2007, l'assicurata fa valere che il suo stato di salute non sarebbe migliorato. Ha esibito una relazione psichiatrica del 29 marzo 2007 del dott. F._____, giusta la quale risulta affetta da disturbo schizoaffettivo tipo depressivo (F 25.1 secondo l'ICD 10), necessita di terapia farmacologia e che è inabile al lavoro al 100% da settembre 2005. Inoltre, il medico curante contesta il rapporto di visita medico-fiduciaria del luglio 2006 e la perizia medica del febbraio 2007 della dott. C._____, segnatamente per quanto attiene alla valutazione dell'incapacità lavorativa dell'interessata (doc. 18.2).

D.b Con rapporto del 22 maggio 2007, la dott. ssa I._____, ha proposto di assumere agli atti la perizia medica della dott. ssa C._____ del febbraio 2007 (doc. 20.1).

E.

Con rapporto dell'11 giugno 2007, la dott. I._____ ha osservato che l'assicurata ha contestato la valutazione medica della dott. C._____. È quindi giunta alla conclusione che l'interessata doveva essere sottoposta ad una perizia psichiatrica (doc. 23.1).

F.

Dopo aver esaminato personalmente l'assicurata il 10 ed il 17 luglio 2007 ed aver analizzato la documentazione medica assunta, la dott.ssa J._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, nella sua perizia del 9 agosto 2007, ha evidenziato la diagnosi di sindrome schizoaffettiva tipo depressivo (F 25.1 secondo l'ICD 10). Considerata tale affezione, il medico ha confermato che la sintomatologia insorta nel 2005 ha comportato un'incapacità al lavoro del 100% per qualsiasi attività lavorativa almeno fino al maggio 2006. In merito alle condizioni cliniche dell'assicurata a far tempo dal mese di giugno 2006, ha ritenuto di basarsi sulle valutazioni contenute nel rapporto di visita medico-fiduciaria del marzo 2006 e nella perizia medica del febbraio 2007 della dott. ssa C._____. È quindi giunta alla conclusione che l'interessata presentava un'incapacità al lavoro del 50% dal 15 al 31 maggio 2006 e che era completamente abile al lavoro al 100% dal 1° giugno 2006 fino al 30 giugno 2007. Infine, ha precisato che l'assicurata presentava nuovamente una sintomatologia con ripercussioni nell'ambito lavorativo nonché nell'attività di casalinga. Ha quindi fissato un tasso di incapacità al lavoro del 50% a far tempo dal 1° luglio 2007 per qualsiasi attività lavorativa nonché come casalinga (doc. 25.1).

G.

G.a Con rapporto del 17 agosto 2007, la dott.ssa I._____, su richiesta dell'Ufficio AI, ha confermato la valutazione peritale della dott. ssa J._____ (doc. 28.1).

G.b Mediante decisione del 27 agosto 2007, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha precisato che l'assicurata presentava un'incapacità al lavoro del 100% dal 17 settembre 2005 al 14 maggio 2006 e del 50% dal 15 al 31 maggio 2006, era abile al lavoro al 100% dal 1° giugno 2006 al 30 giugno 2007 e presentava nuovamente un'incapacità al lavoro del 50% dal 1° luglio 2007 per qualsiasi attività. Ha quindi osservato che

l'incapacità lavorativa è durata per meno di un anno. Pertanto, ha respinto la richiesta di rendita d'invalidità (doc. 31.1).

H.

Con il ricorso del 26 settembre 2007, l'assicurata ha chiesto il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a far tempo dal 17 settembre 2005. Da un lato, ha contestato la valutazione della dott. ssa C._____ in merito alla sua capacità lavorativa, secondo la quale, a parte un periodo di incapacità al lavoro da settembre 2005 a maggio 2006, sarebbe stata abile al 100% nella precedente attività dal 1° giugno 2006. Fa valere che, per contro, gli altri medici hanno accertato un'incapacità lavorativa dal 67% al 100%. Dall'altro lato, ha contestato la valutazione del Servizio medico dell'Ufficio AI in quanto la perizia medica del 9 agosto 2007 della dott. ssa J._____ è basata su referti medici non concludenti della dott. ssa C._____. Ha esibito una relazione psichiatrica del 20 settembre 2007 del dott. F._____ ed una relazione psichiatrica del 21 settembre 2007 del dott. K._____ (doc. TAF 1).

I.

Nel suo rapporto del 16 ottobre 2007, il dott. L._____, medico del Servizio medico regionale (SMR), dopo aver rilevato che i rapporti specialistici del settembre 2007 non apportano nuovi elementi diagnostici o clinici (lo status psichiatrico come pure il miglioramento della sintomatologia vengono confermati), ma si discostano unicamente nella valutazione della ripercussione del danno alla salute sulla capacità lavorativa, è giunto alla conclusione che non vi sono motivi per discostarsi dalla valutazione peritale della dott.ssa J._____ alla base della decisione impugnata (doc. TAF 3).

Con risposta del 22 ottobre 2007, l'Ufficio AI ha osservato che i rapporti specialistici del settembre 2007 del dott. F._____ e del dott. K._____ non portano alcun elemento clinico oggettivo tale da modificare la valutazione della capacità lavorativa dell'assicurata. Ha quindi ribadito che il periodo di incapacità al lavoro dell'assicurata è durato meno di un anno. Pertanto, ha proposto la conferma della decisione dell'UAIE del 27 agosto 2007 e la reiezione del ricorso (doc. TAF 3).

Nella risposta al ricorso del 29 ottobre 2007, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del gravame, non avendo alcunché da

aggiungere alla citata presa di posizione dell'Ufficio AI del 22 ottobre 2007.

J.

Nella replica del 3 dicembre 2007, la ricorrente si è riconfermata nelle proprie argomentazioni di fatto e di diritto di cui al ricorso del 26 settembre 2007 (doc. TAF 5).

K.

Il 5 dicembre 2007, questo Tribunale ha invitato la ricorrente a voler versare un anticipo di fr. 300.-- equivalente alle presunte spese processuali, il quale è stato corrisposto il 21 dicembre 2007 (doc. TAF 6, doc. TAF 8).

L.

Il 24 settembre 2008, la ricorrente ha osservato di non avere ricevuto la duplica dell'autorità inferiore, ha sollecitato l'intimazione della duplica medesima e pure l'evasione del gravame, essendo in una situazione disperata (doc. TAF 9).

M.

Il 3 ottobre 2008, questo Tribunale ha comunicato alla ricorrente d'aver rinunciato a chiedere all'autorità inferiore la presentazione dell'atto di duplica, le argomentazioni di fatto e di diritto di cui alla replica del 3 dicembre 2007 apparendo sostanzialmente simili a quelle del ricorso del 26 settembre 2007, le stesse essendo già state oggetto di una presa di posizione dell'autorità inferiore e in replica non essendo stata presentata della nuova documentazione medica. Questo Tribunale ha quindi segnalato all'insorgente che, di principio, l'istruttoria doveva considerarsi conclusa e che nella misura in cui non fossero state richieste delle ulteriori misure istruttorie, si sarebbe adoperato al fine di pronunciare la sentenza con la dovuta ed auspicata celerità.

N.

Il 21 novembre 2008, l'atto di replica è stato trasmesso per conoscenza all'autorità inferiore.

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 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), 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 della legge federale del 19 giugno 1959 su l'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA pronunciate dalle autorità menzionate agli art. 33 e 34 LTAF. In particolare, le decisioni dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità sono impugnabili dinanzi al Tribunale amministrativo federale giusta l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI.

1.4 Il ricorso – presentato tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità

(RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

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

2.3 L'art. 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.

3.1 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.

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 20 settembre 2006. 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 20 settembre 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 27 agosto 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^{er} 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 quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede (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 102 consid. 4a).

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

6.

6.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275, 105 V 207). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). 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, 104 V 136; *Pratique VSI 2000 p. 84*). L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2^{bis} LAI). L'art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (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.

6.2 Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 pag. 329 consid. 1c).

7.

7.1 Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGa), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 283 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, Zurigo 2003, art. 42 n. 16 pag. 424 e seg.; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 469 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 p. 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 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.

8.1 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3a).

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.).

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).

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 pluriennale 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).

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 Dal luglio 2002, la ricorrente è stata alle dipendenze della B._____. Ha definitivamente cessato di lavorare dal 16 settembre 2005 a causa di malattia (doc. 2 e doc. 9). Al fine di valutare l'invalidità della ricorrente, si deve quindi esaminare la documentazione medica agli atti. Dalla stessa – fra cui il formulario E 213 della

previdenza sociale italiana del 5 febbraio 2007 (doc. 12.1), le relazioni psichiatriche del dott. F._____ (doc. 18.2, doc. TAF 1), i rapporti/perizie della dott. ssa C._____ (doc. 1.32, doc. 1.16, doc. 1.10, doc. 2.2), la perizia medica del 9 agosto 2007 della dott.ssa J._____ (doc. 25.1) ed i rapporti dei medici dell'Ufficio AI del 10 aprile, 17 agosto e 16 ottobre 2007 (doc. 15, doc. 28.1, doc. TAF 3) – si evince che la ricorrente soffre, per quanto d'interesse nel caso in esame, di sindrome schizoaffettiva tipo depressivo (F 25.1 secondo l'ICD 10).

9.2 Si tratta quindi di un'affezione di carattere labile, ossia suscettibile di migliorare o di peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

10.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti della menzionata affezione, il dott. F._____ attesta una totale incapacità lavorativa a far tempo da settembre 2005 (doc. 1.14, doc. 12.16, doc. 10, doc. 18.2, doc. TAF 1), mentre la dott.ssa C._____ ritiene che l'assicurata presenta un'incapacità al lavoro del 100% dal 17 settembre 2005 al 14 maggio 2006 nonché del 50% dal 15 al 31 maggio 2006, e la giudica abile al lavoro al 100% a partire dal 1° giugno 2006 rispettivamente dal 27 luglio 2006 (doc. 1.32, doc. 1.16, doc. 1.10, doc. 2.2).

10.2 Dalla documentazione medica agli atti, emerge che la ricorrente presenta una psicosi schizoaffettiva, il cui esordio viene fatto risalire a più di dieci anni fa ed il cui decorso è stato caratterizzato da ricadute trattate a livello ambulatoriale. Malgrado la patologia, l'interessata avrebbe sviluppato un buon adattamento a livello familiare (è sposata e madre di una bambina) e lavorativo (ha sempre lavorato con un buon contatto con superiori e colleghi). Tuttavia, il 21 settembre 2005, a seguito di uno scompenso psicotico acuto, l'assicurata è stata ricoverata presso il reparto di psichiatria

dell'D._____. Ha interrotto sia la propria attività professionale che la conduzione domestica. La paziente è stata dimessa il 14 ottobre 2005 e le sono state prescritte delle cure ambulatoriali presso il G._____ nonché una terapia psicofarmacologica.

10.3 Nella sua perizia medica del 9 agosto 2007, richiesta dall'amministrazione, la dott.ssa J._____ ha considerato che dopo la succitata dimissione ospedaliera l'andamento psicopatologico della ricorrente è stato caratterizzato da alternanza di fasi di relativo benessere e di altre di nuovi peggioramenti e che permanevano dei sintomi di tendenza al ritiro sociale, appiattimento affettivo, calo di concentrazione, attenzione e memoria, apatia, stanchezza generalizzata, affaticabilità, sentimenti di inutilità e diminuita autostima. La perita ha riferito che, dagli atti medici a sua disposizione e dall'attuale valutazione, il quadro psicopatologico insorto nel 2005 è stato di entità tale da precludere ogni attività in qualsiasi campo limitando in maniera completa anche l'attività lavorativa almeno fino al mese di maggio 2006. In effetti, l'assicurata non riusciva più ad occuparsi del lavoro, della casa e della figlia e necessitava della presenza costante di terzi per la gestione di sé stessa. La dott.ssa J._____ ha altresì osservato che non dispone, tuttavia, di elementi oggettivabili che "confermino o sconfermino" le certificazioni dei colleghi in merito alle condizioni cliniche della ricorrente a decorrere dal mese di giugno del 2006. Da tale periodo ad oggi, infatti, i pareri specialistici divergono e se, da un lato, il medico curante, dott. F._____, ha ritenuto un'incapacità lavorativa totale che perdura a tutt'oggi, dall'altro lato la dott.ssa. C._____, medico fiduciario dell'assicurazione E._____, ha considerato l'assicurata abile al lavoro in misura completa a partire da giugno del 2006. Nel mese di luglio del 2006, l'ispettore della E._____ ha valutato la ricorrente completamente inabile all'attività lavorativa come pure il dott. M._____ nel dicembre del 2006 (quest'ultimo perlomeno fino alla fine dell'anno). Sempre secondo la perita, l'assicurata ed il marito hanno ammesso un progressivo miglioramento delle condizioni cliniche dalla fine del 2005 fino ad oggi, ma non condividono quanto attestato dalla dott.ssa C._____. Sulla base di tali discrepanze, la dott.ssa J._____ ha ritenuto difficoltoso esprimersi riguardo alla capacità lavorativa dell'insorgente a decorrere dal giugno 2006 al giorno della sua perizia. Ha nondimeno considerato di potersi basare sui rapporti della dott.ssa C._____, che ha avuto modo di valutare l'assicurata da marzo

2006 a febbraio 2007, in quanto i medesimi "appaiono coerenti, esaustivi e ben argomentati". Essi esporrebbero in modo chiaro le condizioni cliniche dell'assicurata con una dettagliata descrizione dello status psichico. Per contro, i rapporti medici del dott. F._____ del 2006 sarebbero carenti in merito e si baserebbero unicamente sulla diagnosi e sulla presa a carico specialistica, non motivando clinicamente un'incapacità lavorativa. Secondo la perita, nel rapporto del 29 marzo 2007 il dott. F._____ avrebbe invero fornito maggiori informazioni, ma globalmente descritto un quadro di depressione lieve che non giustificerebbe un'incapacità lavorativa completa. Paragonando i rispettivi rapporti e soprattutto la descrizione degli stati psichici non emergerebbero elementi per mettere in discussione i rapporti della dott. C._____. La dott.ssa J._____ ha pertanto confermato sostanzialmente la valutazione della dott.ssa C._____ – nel senso di un'incapacità al lavoro dell'assicurata del 100% dal 17 settembre 2005 al 14 maggio 2006 nonché del 50% dal 15 al 31 maggio 2006 e di una capacità lavorativa del 100% a partire dal 1° giugno 2006 (così pure i medici dell'Ufficio AI) – ma considerato che l'insorgente presentava nuovamente un'incapacità al lavoro del 50% a decorrere dal 1° luglio 2007 per qualsiasi attività lavorativa nonché come casalinga (doc. 15, doc. 28.1, doc. 25.1, doc. TAF 3).

10.3.1 Questo Tribunale osserva, preliminarmente, che la dott.ssa C._____, nel rapporto di visita medico-fiduciaria del 27 marzo 2006, ha pronosticato una capacità lavorativa completa, dunque del 100%, per la ricorrente a partire dal 1° giugno 2006. Per contro, dopo avere sottoposto a visita medica la ricorrente medesima il 27 luglio 2006, nel rapporto del 28 luglio 2006 concernente tale visita medico-fiduciaria, ha considerato l'insorgente abile al lavoro al 100% da subito, ossia dal 27 luglio 2006, in qualsiasi attività lavorativa. Ha poi confermato quest'ultima valutazione dopo la visita del 2 febbraio 2007 (v. perizia medica del 14 febbraio 2007). Tuttavia, in alcun documento agli atti della dott. ssa C._____ risulta una qualsivoglia determinazione concludente sui motivi per i quali un'abilità completa al lavoro debba essere ritenuta per la ricorrente a decorrere dal 1° giugno 2006 (sulla base di una mera previsione del mese di marzo 2006) contrariamente a quanto da lei stessa ritenuto esplicitamente nei referti del 28 luglio 2006 e del 14 febbraio 2007. Una simile determinazione non è stata fornita né nella perizia della dott.ssa J._____ né nelle prese di posizione dei medici dell'Ufficio AI, i quali si limitano a scegliere, appunto senza fornire spiegazione

alcuna, una delle due varianti indicate nei referti della dott.ssa C._____, peraltro quella che appare meno affidabile in relazione all'effezione psichiatrica di cui soffre la ricorrente. Ne consegue che la ripresa della totale capacità lavorativa della ricorrente ritenuta nella decisione impugnata a far tempo dal 1° giugno 2006 – fondata su accertamenti imprecisi – non può essere ammessa processualmente. Sussistono inoltre seri dubbi anche sulla parziale capacità lavorativa (50% dal 15 al 31 maggio 2006) pronosticata dalla dott. C._____ nel rapporto del 27 marzo 2006, tanto più ove si consideri la presa di posizione dell'ispettore della E._____, che ha visitato la ricorrente l'11 luglio 2006.

10.3.2 Va altresì rilevato che nel rapporto medico del 27 dicembre 2006 del dott. M._____ (che si baserebbe su una visita del 29 novembre 2006) – rapporto peraltro non reperibile negli atti di causa e che né l'UAIE né l'Ufficio delle assicurazioni sociali del Cantone Ticino hanno potuto ritrovare e mettere a disposizione di questo Tribunale – è ritenuta un'inabilità lavorativa totale per la ricorrente di almeno un mese, come rilevato sia dalla dott.ssa J._____ nella perizia del 9 agosto 2007 sia dalla ricorrente nel gravame del 26 settembre 2007.

Tale rapporto è certo stato oggetto d'esame e di valutazione nel mese di febbraio del 2007 da parte della dott.ssa C._____. Quest'ultima, da un lato, ha condiviso in gran parte quanto riportato nel citato rapporto del collega del 27 dicembre 2006 ma, dall'altro lato, ha rilevato che, in virtù dei riscontri del momento (visita del 2 febbraio 2007), non sussistono elementi di una sindrome depressiva medio grave incidente sulla capacità lavorativa. Ha inoltre asseverato che il collega non descriverebbe il decorso rispetto alla valutazione inerente i due rapporti medici fiduciarci da lei redatti, su cui si sarebbe basato, e non parlerebbe né dell'evoluzione né di un eventuale ricaduta o peggioramento della paziente. Sennonché, ritenuto come il quadro clinico dell'insorgente è incontestabilmente caratterizzato da un'alternanza di fasi di relativo benessere e di altre di nuovi peggioramenti, la dott.ssa C._____ ha effettuato una valutazione della situazione esistente nell'ultima parte del 2006, a oltre due mesi dal momento in cui l'insorgente è stata visita dal dott. M._____ il 29 novembre 2006. Peraltro, agli atti di causa non emerge alcun elemento oggettivo e concludente atto ad avvalorare la tesi della dott.ssa C._____ riguardo alla pretesa capacità lavorativa

completa della ricorrente dal 29 novembre 2006 al 2 febbraio 2007. La dott.ssa J._____ nella sua perizia del 9 agosto 2007 non si è pronunciata esplicitamente sul menzionato rapporto del dott. M._____, senza che un rinvio implicito alla valutazione effettuata dalla dott.ssa C._____ possa considerarsi, per le ragioni precedentemente indicate, siccome motivato in modo adeguato e convincente. Peraltro, in considerazione di quanto precede, delle menzionate importanti imprecisioni nei rapporti della dott.ssa C._____ e del fatto che quest'ultima ha visitato la ricorrente in due sole occasioni tra il 15 maggio 2006 ed il 30 giugno 2007 – una volta il 27 luglio 2006 e l'altra volta il 2 febbraio 2007 – la perita non poteva ragionevolmente esimersi dall'assumere ulteriori informazioni, che saranno indicate di seguito, sui fatti giuridicamente rilevanti inerenti tale periodo. Basti ancora rilevare, per sovrabbondanza, che tra il 2 febbraio 2007 ed il giorno delle visite della perita designata dall'amministrazione nel luglio del 2007, l'insorgente appare essere stata visitata unicamente dai medici curanti, senza che la perita abbia assunto le necessarie informazioni complementari su tale periodo da parte di detti medici prima di pronunciarsi sulla fattispecie.

10.3.3 Per conseguenza, e nonostante che la perita incaricata dall'amministrazione, la dott.ssa J._____, abbia correttamente rilevato di non possedere elementi oggettivabili che "confermino o sconfirmino" le certificazioni dei colleghi in merito alle condizioni cliniche dell'assicurata a decorrere dal mese di giugno del 2006, la medesima ha rinunciato ad effettuare quei necessari e possibili ulteriori accertamenti e approfondimenti che le avrebbero consentito di determinarsi con cognizione di causa, ossia sulla base di riscontri più precisi e seri, sul periodo dal 15 maggio 2006 al 30 giugno 2007. In particolare, la perita avrebbe perlomeno dovuto e potuto contattare direttamente gli psichiatri che hanno visitato, esaminato o curato la ricorrente nel periodo in esame – segnatamente gli psichiatri dott. F._____, C._____, M._____ e, per quanto emerge dal gravame, K._____ (medico psichiatra dell'D._____) – chiedere loro le precisazioni necessarie e poi trarre le dovute conclusioni in virtù di un sufficiente accertamento dei fatti. Tale esigenza appare tanto più necessaria ove solo si pensi che la perita, ad oltre un anno e mezzo dall'importante scempenso psichico che ha necessitato un ricovero della ricorrente presso il reparto di psichiatria dell'D._____ per quasi un mese nel settembre del 2005, ritiene la ricorrente abile al lavoro, ma solo al 50% dal 1° luglio 2007 e con possibilità di

ricupero della completa capacità lavorativa solo a medio termine. È dunque necessario determinare con la dovuta precisione, ferma restando la nota alternanza di fasi di relativo benessere e di altre di nuovi peggioramenti, se la ricorrente sia mai stata, e in che misura, effettivamente abile al lavoro tra maggio 2006 e giugno 2007. Gli accertamenti eseguiti in merito dalla dott.ssa C._____ nelle tre visite del 24 marzo 2006 (quando ancora l'insorgente era inabile al lavoro al 100%), del 27 luglio 2006 e del 2 febbraio 2007, per i motivi precedentemente indicati, non sono sufficienti al riguardo, tanto meno per fondare un'ulteriore perizia che adempia i criteri della completezza, dell'attendibilità e della concluzione secondo la pertinente giurisprudenza del Tribunale federale (v. considerando 8 del presente giudizio).

10.4 Da quanto esposto, consegue che la perizia medica effettuata dalla dott.ssa J._____ su incarico dell'amministrazione, e le successive prese di posizione dei medici dell'Ufficio AI, si basano su un accertamento dei fatti ed una valutazione carenti che non consentono di trarre conclusioni serie e definitive sulla capacità lavorativa della ricorrente tra il 15 maggio 2006 ed il 30 giugno 2007. In altri termini, in virtù delle risultanze processuali al loro stato attuale non è consentito concludere né ad una capacità lavorativa del 50% dal 15 al 31 maggio 2006 né ad un'ininterrotta capacità lavorativa completa della ricorrente dal 1° giugno rispettivamente 27 luglio 2006 al 30 giugno 2007. Pertanto, la decisione impugnata, che viola il diritto federale, incorre nell'annullamento.

10.5 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 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, ai sensi dei considerandi, a completare l'accertamento dei fatti determinanti, relativamente allo stato di salute ed alla capacità

lavorativa della ricorrente tra il 15 maggio 2006 ed il momento dell'emanazione del nuovo provvedimento, e a pronunciare una nuova decisione.

11.

11.1 Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 300.--, versato il 21 dicembre 2007, è restituito alla ricorrente.

11.2 Ritenuto che la ricorrente è assistita in questa sede da un mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo 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]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio in fr. 2'500.--, tenuto conto del lavoro effettivo ed utile svolto dal patrocinatore della ricorrente (art. 14 cpv. 2 TS-TAF), ed è posta a carico dell'UAIE.

(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 agosto 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'anticipo di fr. 300.--, versato il 21 dicembre 2007, è restituito alla ricorrente.

3.

L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 2'500.-- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- ricorrente (Atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

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

Data di spedizione: