



Corte III
C-1341/2014

Sentenza del 22 agosto 2016

Composizione

Giudici: Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Christoph Rohrer, Franziska Schneider;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avv. Lina Ratano, IT-73040 Acquarica del
Capo,
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, nuova domanda di rendita
(decisione del 27 gennaio 2014).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadina italiana, nata il xx xx xxxxx, ha lavorato in Svizzera dal 1994 al 2007, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 50). Dal 1999 era addeba alle pulizie presso uno laboratorio medico in ragione di circa 8-12 ore settimanali fino agli inizi del 2006, quando ha interrotto il lavoro per ragioni di malattia. L'assicurata esercitava anche un'altra attività presso altro datore di lavoro (cfr. conti individuali doc. 50).

A.b Nel giugno 2006 A._____ ha formulato (doc. 51) una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

L'indagine medica ha posto in evidenza che l'assicurata era portatrice di (riassunto) un carcinoma tubulare G1 nella parte superiore del quadrante del seno sinistro nel 1998; recidiva nel 2006 operata, esiti di isterectomia nel 2003 (cfr. rapporto dell'ospedale universitario di Zurigo del 27 giugno 2006, doc. 55). Dal punto di vista lavorativo i medici hanno rilevato una completa inabilità dal 14 giugno 2006 al 30 agosto successivo, del 50% da questa data al 17 settembre 2006 e dello zero per cento dal 18 settembre 2006 (doc. 53). Con decisione del 23 gennaio 2007, l'Ufficio AI del Cantone di Zurigo ha pertanto respinto la richiesta di prestazioni (doc. 48).

B.

L'interessata è poi rimpatriata.

C.

In data 27 maggio 2013, A._____ ha formulato, per il tramite dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano, all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), una nuova domanda volta al conseguimento di prestazioni AI (doc. 33, 34).

C.a Nel questionario per l'assicurato, la richiedente ha affermato di non esercitare attività lucrativa (doc. 44), mentre nel questionario per assicurati occupati nell'economia domestica del 17 settembre 2013 (doc. 44-5) ha dichiarato di non essere più in grado di svolgere diversi lavori che competono alle casalinghe.

C.b Sono stati assunti agli atti in particolare:

- una perizia medica particolareggiata (E 213), allestita il 28 giugno 2013 dal medico dell'INPS, il quale ha posto la diagnosi di esiti di pregresso intervento di mastectomia radicale sinistra per carcinoma in follow-up, rachialgia in soggetto con discopatie cervicali multiple, pregresso intervento di isterectomia per fibroma uterino e disturbo ansioso-depressivo reattivo, attestando un grado d'invalidità del 60% (doc. 30);

- diversi verbali di visite mediche oncologiche (follow-up) che avvengono ogni sei mesi circa (doc. 17-29);

- un referto d'esame radiologico del rachide del 6 febbraio 2012 (doc. 16);

- i risultati di esami ematochimici, strumentali e radiologici dell'11 febbraio 2012 confermati una dorsolombalgia persistente in paziente con artrosi del rachide e discopatie multiple (doc. 15); altri esami dello stesso tipo del 2012 e 2013 attestanti la dorsolombalgia, ernia discale L5-S1, altri problemi del rachide, problemi tiroidei, nefrologici e epatologici (doc. 1-14);

C.c L'incarto è stato sottoposto al Dott. B._____, generalista, medico di fiducia dell'UAIE, il quale, nella relazione del 3 novembre 2013, ha affermato che dalla documentazione esibita non emerge alcuna invalidità di rilievo, l'interessata essendo in grado di svolgere sia attività lucrative come le precedenti (lavori di pulizia), sia quella di casalinga (doc. 58), così come in attività sostitutive.

D.

Un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative per carenza d'invalidità di livello pensionabile è stato inviato all'interessata l'8 novembre 2013 (doc. 59). L'interpellata non ha preso posizione in merito a tale progetto.

Mediante decisione del 27 gennaio 2014, l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni (doc. 61).

E.

Con il ricorso depositato l'11 marzo 2014, A._____, regolarmente rappresentata dall'avv. Ratano, chiede, in sostanza, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento di prestazioni assicurative. Sul piano formale la ricorrente rimprovera una violazione del diritto di essere sentito, sia per la manifesta insufficienza della motivazione della decisione (avulsa dagli atti di causa e zeppa di norme generiche e teoriche non adattabili al caso dell'assicurata),

sia per non aver avuto modo di consultare l'atto medico sul quale si fonderebbe l'impugnata decisione. Sul piano materiale l'insorgente si chiede se mai l'amministrazione abbia consultato medici specialisti (per esempio un oncologo, un ortopedico, un psicologo) o se si sia fondata unicamente sul parere di un generalista. In particolare la decisione non si esprime sulle patologie sofferte dall'assicurata e nemmeno indica quali attività potrebbe (ancora) svolgere dopo l'insorgere dell'invalidità. L'interessata passa poi in rassegna tutte le patologie di cui soffre, menzionate negli atti prodotti, adducendo che nulla si è detto in merito nella decisione impugnata. Ha inoltre prodotto copia di documentazione già ad atti (doc. TAF 1).

F.

Con decisione incidentale del 26 marzo 2014, la ricorrente è stata chiamata a versare un anticipo di fr. 400.- corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato versato il 22 aprile 2014 (doc. TAF 3, 4).

G.

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. B._____, il quale, nella sua relazione del 18 giugno 2014 (doc. 63) si è riconfermato nelle precedenti considerazioni.

Nelle risposta di causa del 26 giugno 2014, l'UAIE propone pertanto la reiezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto necessario, si riferirà nei considerando in diritto del presente giudizio (doc. TAF 9).

H.

Con replica del 22 agosto 2014 la ricorrente ha confermato le proprie conclusioni ricorsuali ed ha sollevato l'eccezione di tardività della domanda di proroga per presentare la risposta di causa e, quindi, chiesto lo stralcio di tale atto così come la non acquisizione dell'incarto. Secondo la ricorrente, l'UAIE, che aveva diritto di formulare la risposta al ricorso entro il 18 giugno 2014; con scritto del 18 giugno 2014, ricevuto dal TAF il 20 giugno (doc. TAF 7), ha chiesto una proroga per formulare che è stata concessa con ordinanza del 25 giugno 2014. Nel merito (ma pur sempre sul piano formale) l'interessata ribadisce le argomentazioni ricorsuali, ossia la carente motivazione della decisione impugnata, il mancato riferimento al parere del Dott. B._____ nel testo del provvedimento. Peraltro, il parere di quest'ultimo medico sarebbe parziale e personale nella misura in cui non menziona tutte le patologie sofferte dalla ricorrente e non è motivato. Produce un referto di visita neurologica attestante una depressione del tono dell'umore con sindrome ansiosa (doc. TAF 12).

I.

L'amministrazione ha quindi nuovamente sottoposto gli atti al Dott. B. _____, il quale, nella sua relazione del 9 settembre 2014, osserva che l'affezione psichiatrica non ha raggiunto livelli tali da costituire un'invalidità. Duplicando, in data 22 settembre 2014 l'UAIE ha pertanto riproposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 14).

J.

Con ordinanza del 27 febbraio 2015 la giudice dell'istruzione ha trasmesso alla ricorrente il doc. 30 e 57, citati dal Dott. B. _____ nella presa di posizione del 18 giugno 2014 (doc. 63). Con ulteriori osservazioni del 2 aprile 2015, la ricorrente ha ribadito le proprie conclusioni, precisando di procedere, se necessario, ad una consulenza tecnica medico-legale (doc. TAF 19).

Anche l'UAIE, con ulteriori osservazioni del 5 maggio 2015 (doc. TAF 21), si è riconfermato nelle sue precedenti conclusioni.

Diritto:**1.**

1.1 Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la propria competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii).

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 LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

1.3 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile. Inoltre, con versamento del 22 aprile 2014, la ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

2.

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 LPGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

3.

Oggetto del contendere è il diritto di A. _____ di percepire una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, ritenendosi incapace al guadagno in misura da definire. Secondo il medico dell'INPS, infatti, l'assicurata potrebbe lavorare in misura del 40% a causa di un'invalidità del 60%. Per contro l'UAIE ritiene che, alla luce del parere del proprio medico di fiducia, non vi sarebbe alcuna invalidità di rilievo, l'interessata potendo svolgere integralmente la propria attività abituale e quella di casalinga.

4.

4.1 Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

4.2 La ricorrente ha presentato la (seconda) domanda di prestazioni il 27 maggio 2013, il diritto alla rendita sorge pertanto al più presto il 1° novembre 2013 (sei mesi dopo l'inoltro della domanda, art. 29 cpv. 1 LAI).

Ne discende che in concreto si applicano le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

4.3 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 27 gennaio 2014. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, in concreto il 27 gennaio 2014. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione impugnata (DTF 129

V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi con l'oggetto litigioso e se sono suscettibili di avere un'influenza sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

5.

5.1 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

5.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

5.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) 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, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei

sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

5.4 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

6.

6.1 La parte ricorrente solleva diverse eccezioni d'ordine, segnatamente la violazione del diritto di essere sentito, consistente nell'insufficiente motivazione della decisione e nell'impossibilità di visionare gli atti medici menzionati in modo vago nella decisione impugnata.

6.2

6.2.1 Il diritto di essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost., garantisce all'interessato il diritto di esprimersi prima che sia resa una decisione sfavorevole nei suoi confronti, il diritto di prendere visione dell'incarto, la facoltà di offrire mezzi di prova su fatti suscettibili di influire sul giudizio, di esigerne l'assunzione, di partecipare alla loro assunzione e di potersi esprimere sulle relative risultanze, nella misura in cui esse possano influire sulla decisione (DTF 135 II 286 consid. 5.1 con rinvii; 122 V 157 consid. 1a; sentenze del TF 4A_35/2010 del 19 maggio 2010 e 8C_321/2009 del 9 settembre 2009). Tale garanzia non serve solo a chiarire i fatti, bensì rappresenta anche un diritto individuale di partecipare alla pronuncia di una decisione mirata sulla persona in quanto tale. Il diritto di essere sentito è quindi da un lato, il mezzo d'istruzione della causa, dall'altro un diritto della parte di partecipare all'emanazione della decisione che concerne la sua situazione giuridica. Garantisce quindi l'equità del procedimento (ADELIO SCOLARI, *Diritto amministrativo, Parte generale*, 2002, n. 483 seg. con rinvii; HÄFELIN/HALLER/KELLER, *Schweizerisches Bundesstaatsrecht*, 8. ed., 2012, n. 835).

6.2.2 Il diritto di essere sentito è previsto, nella procedura amministrativa federale, agli art. 26-28 PA (diritto di esaminare gli atti), agli art. 29-33 PA

(diritto di essere sentito *stricto sensu*). In materia di assicurazioni sociali, all'art. 42 LPGGA (diritto di essere sentito *stricto sensu*) e, infine, per quanto riguarda la procedura di preavviso, all'art. 57a cpv. 1 LAI il quale stabilisce che l'Ufficio AI comunica all'assicurato, per mezzo di un preavviso, la decisione prevista in merito alla domanda di prestazione o alla soppressione o la riduzione della prestazione già assegnata, l'assicurato ha diritto di essere sentito conformemente all'art. 42 LPGGA.

6.2.3 Detto diritto, così come quello di consultare gli atti (DTF 132 V 387 consid. 5.2), è una garanzia di natura formale, la cui violazione implica, di principio, l'annullamento della decisione, indipendentemente dalle possibilità di successo del ricorso nel merito (DTF 134 V 97; 132 V 387 consid. 5.1 con rinvii). Restano tuttavia riservati nella prassi i casi in cui la violazione è leggera e può essere sanata dinanzi ad un'autorità che dispone di pieno potere d'esame e meglio che può esaminare la decisione sia da un punto di vista del diritto che dei fatti. Il rinvio degli atti all'autorità inferiore, affinché questa proceda a sanare la violazione del diritto di essere sentito, avviene quindi quando si è in presenza di una grave violazione della garanzia procedurale. È tuttavia possibile prescindere da un rinvio se l'operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse della parte - di pari rango del diritto di essere sentito - di essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1).

La censura va quindi esaminata prioritariamente dall'autorità di ricorso (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa; 124 I 49 consid. 1).

6.2.4 Nella procedura di opposizione, che in materia d'invalidità è stata sostituita dalla procedura d'audizione, di cui all' art. 57a LAI, l'amministrazione deve sottoporre all'interessato il rapporto del medico del SMR. In caso contrario incorre in una violazione del diritto di essere sentito (sentenze del TF 8C_424/2008 del 16 settembre 2008 consid. 2.2; 8C_102/2007 del 25 ottobre 2007 consid. 3.2; I 211/06 del 22 febbraio 2007 consid. 5.4.2).

6.2.5 Se un atto è, senza alcun dubbio, un elemento fondamentale per la pronuncia della decisione su opposizione, la mancata trasmissione, prima dell'emanazione della decisione su opposizione e quindi anche precedentemente alla pronuncia della decisione emanata nell'ambito della procedura di audizione in materia di assicurazione invalidità, costituisce una grave violazione del diritto di essere sentito, che non può essere sanata (cfr. in questo senso DTF 132 V 387 consid. 5.2).

6.2.6 Se, infine, è vero che una parte deve, di principio, formulare una domanda per ottenere il diritto di consultare gli atti (art. 8 cpv. 1 LPGA), è pur vero che ciò presuppone che essa venga informata sull'assunzione di nuovi atti decisivi, che non conosce e nemmeno può conoscere (DTF 132 V 387 consid. 6.2).

6.2.7 Va pure evidenziato che giusta l'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPGA le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. Dal diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. deriva infatti l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Esso ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; 126 I 97 consid. 2b pag. 102; 125 II 369 consid. 2c pag. 372).

6.2.8 In merito inoltre al diritto di accesso agli atti dell'incarto (cfr. DTF 132 II 485 consid. 3.2) - ovvero di consultare elementi probatori - è sufficiente che le parti siano a conoscenza delle prove prodotte e che le stesse siano a disposizione di coloro che le richiedono (cfr. DTF 128 V 272 consid. 5b/bb in fine e DTF 112 Ia 202 consid. 2a.). Detta garanzia non comprende il diritto di consultare tutto l'incarto, bensì unicamente gli atti che possono avere un'incidenza sull'esito della procedura. Giusta l'art. 26 PA - che riprende essenzialmente i principi giurisprudenziali (cfr. MOOR/POLTIER, op. cit., no. 2.2.7.6, pag. 327) - la parte o il suo rappresentante ha il diritto di esaminare alla sede dell'autorità statuyente o d'una autorità cantonale, designata da questa, le memorie delle parti o le osservazioni delle autorità (lett. a), tutti gli atti adoperati come mezzi di prova (lett. b), le copie delle decisioni notificate (lett. c). Secondo tale norma, il diritto di consultare gli atti si estende a tutti gli atti rilevanti per l'esito della procedura, ovvero tutti gli atti che l'autorità prende in considerazione per motivare la propria decisione (cfr. DTF 132 II 485 consid. 3.2, DTF 121 I 225 consid. 2a e DTF 119 Ia 139 consid. 2b.)

6.3

6.3.1 Nel caso in esame dagli atti emerge che il rapporto del Dott. B. _____ del 3 novembre 2013 (doc. 58), su cui l'amministrazione ha fondato la propria decisione, ma a cui non fa riferimento alcuno nel provvedimento impugnato – non indicando né la data, né il nome del medico, né l'eventuale sua specializzazione – è stato trasmesso alla ricorrente dal TAF con la risposta di causa (doc. TAF 10). Pendente causa l'insorgente è pertanto venuta a conoscenza del contenuto dell'atto in questione ed ha potuto esprimersi tramite la replica (doc. TAF 12). Pur trattandosi di una grave violazione del diritto di essere sentito, la questione se la violazione può essere considerata sanata in questa sede può restare irrisolta, ritenuto che in ogni caso il ricorso, per altri motivi va accolto e gli atti rinviati all'amministrazione.

6.3.2 Anche la censura secondo cui la motivazione della decisione sarebbe insufficiente non può che essere accolta. Come già indicato al considerando precedente l'amministrazione ha omesso di indicare su quali atti medici ha pronunciato la propria decisione, motivo per cui la ricorrente non è stata posta in grado di comprendere i motivi per cui la richiesta di rendita è stata respinta, né di impugnare il provvedimento con cognizione di causa. Per ragioni di economia di giudizio e nell'interesse dell'assicurata, visto l'esito della vertenza, la questione tuttavia se la violazione del diritto di essere sentito è stata eventualmente sanata in questa sede tramite la trasmissione della documentazione rilevante e la risposta di causa dell'amministrazione non dev'essere risolta. Il ricorso va infatti accolto per altri motivi, che verranno precisati nei considerandi seguenti.

7.

7.1 Preliminarmente la ricorrente ha pure chiesto lo stralcio dai ruoli della risposta di causa, in quanto l'UAIE avrebbe presentato tardivamente la domanda di proroga del termine per presentare l'atto in esame. Peraltro afferma (doc. TAF 12 pag. 2) di “non accettare il contraddittorio con riferimento alla risposta dell'AI datata 26/06/2014, nonché con riferimento all'integrale documentazione depositata unitamente alla stessa, in considerazione dell'evidente tardività”.

7.2 Al riguardo va rilevato che l'UAIE aveva tempo fino al 18 giugno 2014 per presentare la risposta (doc. TAF 6). Con scritto datato 18 giugno 2014 (doc. TAF 7) ha presentato la domanda di proroga, che è pervenuta a questo Tribunale il 20 giugno successivo (doc. TAF 7). Ora, secondo il diritto

svizzero, solo applicabile nella presente specie (cfr. consid. 4.4), in particolare l'art. 21 cpv. 1 PA, il termine si considera osservato se la richiesta è stata consegnata all'autorità, oppure all'indirizzo di questa, a un ufficio postale svizzero al più tardi l'ultimo giorno del termine. Gli invii postali e degli incarti da parte dell'UAIE al TAF avvenendo tramite corrispondenza in cartelle voluminose (contenenti corrispondenza ed incarti di pratiche diverse), non sono consegnate al TAF, con sede a San Gallo, il giorno successivo l'invio da parte dell'autorità amministrativa con sede a Ginevra. Si può quindi considerare che la domanda di proroga del 18 giugno, ricevuta dal TAF il 20 giugno, è tempestiva. La questione non deve tuttavia essere risolta ritenuto che in virtù del principio inquisitorio e dell'accertamento d'ufficio dei fatti questa Corte può (e deve) assumere agli atti la documentazione rilevante per risolvere la vertenza e pertanto anche la risposta di causa (art. 12 PA, 37 LTAF, consid. 13).

7.3 Se è vero inoltre che l'UAIE non ha chiesto la proroga del termine fissato per produrre l'intero incarto, è pur vero che gli atti erano necessari per potersi esprimere compiutamente e che una simile richiesta è implicitamente contenuta nella richiesta di proroga per presentare la risposta, essendo l'incarto necessario per procedervi. In simili condizioni configurerebbe un eccesso di formalismo pretendere che l'UAIE chieda una proroga anche per la trasmissione dell'incarto.

Del resto questa Corte, in base al principio dell'accertamento d'ufficio dei fatti, può in ogni momento chiederne la trasmissione, nella misura in cui gli atti contenuti siano rilevanti per la risoluzione della vertenza (art. 12 PA, 37 LTAF, consid. 13).

Peraltro ci si può legittimamente chiedere, a titolo abbondanziale, quale interesse abbia la parte ricorrente di sollevare una simile eccezione, quando si pensi che è nel suo interesse meglio conoscere le motivazioni stanti alla base dell'impugnata decisione e l'incarto stesso.

La richiesta di estromettere la risposta e l'incarto dell'amministrazione dagli atti non può pertanto essere accolta.

8.

Nel merito va rilevato che 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 28a LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

La ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione (doc. 69).

9.

9.1 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.

9.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lett. a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lett. b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lett. c).

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

9.4 Per l'art. 5 LAI ed 8 cpv. 3 LPGA per gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete.

10.

10.1 Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, 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 il 50%, 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'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1; 130 V 253 consid. 2.3 e sentenza del TF I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 con rinvii).

10.2 La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3; 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). 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; metodo generale del raffronto dei redditi).

10.3

10.3.1 Per l'art. 28a cpv. 2 LAI 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 valutata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. Per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli, nonché le attività artistiche e di pubblica utilità (art. 27 OAI).

10.3.2 L'art. 28a cpv. 3 LAI disciplina la valutazione dell'invalidità di assicurati che svolgono sia attività lucrativa che mansioni consuete in base al cosiddetto metodo misto.

Al riguardo con sentenza Di Trizio contro la Svizzera del 2 febbraio 2016 (7186/09), nel frattempo passata in giudicato, la Corte Europea dei diritti dell'uomo ha stabilito, in seguito al ricorso presentato da una cittadina svizzera, che il metodo misto applicato dalla Svizzera per accertare l'invalidità di assicurati che esercitano parzialmente attività lavorativa e altresì si occupano dell'economia domestica, crea una discriminazione indiretta e pertanto viola l'art. 14 in combinazione con l'art. 8 CEDU (pag. 28). Pur ritenendo che l'obbiettivo perseguito dalla LAI è legittimo e giustifica le differenze osservate, la Corte ha ritenuto il metodo misto discriminatorio per il fatto che gran parte delle donne vuole lavorare a tempo parziale dopo la nascita dei figli. La Corte ha infatti osservato che se la persona interessata avesse lavorato a tempo pieno oppure per nulla avrebbe continuato a percepire una rendita. Il rifiuto di concedere la prestazione era pertanto riconducibile alla volontà di ridurre l'attività lavorativa. In simili circostanze il metodo misto, interessando per la maggior parte donne, non si accorda più con il principio dell'uguaglianza tra i sessi (pag. 33).

La Corte ha quindi concluso come segue:

“La Cour estime utile de rappeler par ailleurs qu'il ne lui appartient pas d'annuler ou d'abroger elle-même les dispositions litigieuses du droit interne à la suite d'un constat de violation de la Convention. Les arrêts de la Cour ayant un caractère pour l'essentiel déclaratoire, la Suisse peut librement choisir les moyens de s'acquitter de son devoir juridique au regard de l'article 46 § 1 de la Convention, pour autant que ces moyens soient compatibles avec les conclusions du présent arrêt, comme indiqué ci-dessus (paragraphe 120 ci-dessus). Eu égard à l'ensemble des circonstances et au principe de la sécurité juridique, inhérent à la Convention, la Cour estime que le constat de violation opéré dans le cas d'espèce n'exige pas de remettre en cause les actes ou situations juridiques semblables antérieurs au prononcé du présent arrêt (punto 22 pag. 37).

Al riguardo il Tribunale federale ha recentemente dichiarato che dalla sentenza non emerge come potrebbe essere stabilito il grado di invalidità in questi senza incorrere in una violazione della CEDU (sentenza 8C_912/2015 del 18 aprile 2016 consid. 4.3).

11.

11.1 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; cfr. sentenze del TF 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1; 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

11.2 Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 232 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]). In particolare decisivo è, secondo la giurisprudenza, che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266).

Per quanto attiene alle perizie mediche di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non 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). Inoltre, quando una decisione si fonda unicamente sul parere di un medico dell'assicuratore e di contro il parere di un medico od un perito di fiducia della parte richiedente lascia sussistere dei dubbi sull'attendibilità del parere del medico assicurativo, l'amministrazione, rispettivamente il giudice non possono decidere basandosi su di un parere piuttosto che un altro, ma occorre effettuare una perizia medica (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.6 e riferimenti).

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). 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 qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

12.

Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGA e art. 69 OAI [RS 831.201]), l'UAIE esamina le domande concernenti le prestazioni d'invalidità, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno, in particolare circa lo stato di salute del richiedente, la sua attività, la sua capacità di lavoro e la sua idoneità all'integrazione. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

13.

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.

14.

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. 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del TF 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 Cost. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

15.

15.1 Nel caso concreto va stabilito se la documentazione medica su cui si è fondata l'amministrazione per stabilire lo stato di salute, l'incapacità lavorativa e il grado di invalidità dell'assicurata è sufficientemente attendibile. La ricorrente ritiene infatti che, alla luce della documentazione esibita, vi siano elementi sufficienti che attestano un'invalidità, mentre l'UAIE asserisce, tramite il Dott. B. _____, medico generalista, che la documentazione agli atti dimostra la scarsa incidenza invalidante di tutte le patologie denunciate.

16.

16.1 Secondo l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Essi stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato, determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa, di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile. Sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi.

Per l'art. 49 OAI i servizi medici regionali valutano le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Nel quadro della loro competenza medica e delle istruzioni tecniche di portata generale dell'Ufficio federale, essi sono liberi di scegliere i metodi d'esame idonei (cpv. 1). Se occorre, i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati. Mettono per scritto i risultati degli esami (cpv. 2). I servizi medici regionali sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione (cpv. 3).

16.2 Ci sono due tipi di referti del SMR. Da un lato una vera e propria perizia in cui l'assicurato viene esaminato personalmente da uno specialista del ramo interessato (art. 49 cpv. 2 OAI, 44 LPGa). In tal caso il referto deve adempiere i presupposti fissati dalla giurisprudenza del Tribunale federale sull'affidabilità delle perizie.

Dall'altro i rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano da un punto di vista medico i reperti esistenti. Il loro compito è sintetizzare - a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali, che altrimenti non dispongono delle necessarie conoscenze specialistiche - la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata.

Il SMR esegue quindi direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi esegue la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami non costituisce tuttavia, per invalsa giurisprudenza, motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR, se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti).

16.3 Se tuttavia l'amministrazione si fonda esclusivamente sul parere di un medico interno e il parere del medico curante o di un esperto privato, a cui si può pure attribuire forza probatoria, fa sorgere dei dubbi anche lievi sull'affidabilità della valutazione interna, la vertenza non può essere risolta fondandosi sul rapporto di una parte o dell'altra, ma ci si dovrà fondare su una perizia medica indipendente ai sensi dell'art. 44 LPGGA o di un perizia giudiziaria (DTF 135 V 465 consid. 4, sentenza 8C_306/2010 del 25 febbraio 2011 consid. 6).

17.

17.1 Per i motivi esposti di seguito le conclusioni dell'UAIE non possono essere condivise, in quanto non conformi alla giurisprudenza sull'affidabilità dei rapporti medici.

17.1.1 In concreto dagli atti emerge che l'UAIE si è fondato sul rapporto del Dott. B. _____ del 3 novembre 2013 (doc. 58), il quale si è a sua volta basato sulla perizia medica particolareggiata E 213 del 28 giugno 2013 (doc. 30), redatta dal Dott. C. _____ di cui non si conosce la specializzazione. In particolare il medico interpellato dall'UAIE ha posto la diagnosi di esiti di mastectomia radicale a sinistra per carcinoma, dolori alla colonna dorsale, esiti di isterectomia a causa di fibroma, relativa sindrome ansiodepressiva, adducendo che la capacità lavorativa nella precedente attività (pulizia) e in attività adeguate sarebbe totale, come pure come casalinga (doc. 58). Al riguardo egli ha precisato che secondo il Dott. C. _____ la richiedente può svolgere anche lavori pesanti.

Al riguardo va rilevato che se è vero che nella perizia E 213 (pag. 9) si attesta che l'assicurata sarebbe in grado di lavorare sia nella precedente attività che in una sostitutiva a tempo pieno, è pur vero che il medico attesta un'invalidità parziale pari al 60%. Il rapporto E 213 risulta quindi palesemente contraddittorio nelle sue conclusioni e pertanto non può essere considerato affidabile. In simili condizioni il Dott. B. _____ non vi si poteva fondare per trarre le proprie conclusioni. Anche tale referto, oltre a essere

particolarmente stringato, basandosi su un rapporto inattendibile, non può quindi essere ritenuto conforme alla giurisprudenza.

Pure i documenti medici prodotti dall'assicurata (in sede d'istruttoria) sono atti a mettere in discussione i rapporti del Dott. B._____. Dai referti prodotti emerge in particolare che l'assicurata soffre di diverse patologie, tra cui di un disturbo di natura reumatologico/ortopedica, segnatamente una dorsolombalgia persistente con artrosi del rachide e discopatia multipla che provoca una compromissione della funzione del rachide dorsale (doc. 14, 15, 16). In particolare il referto del 6 febbraio 2012 includente una Rx del rachide in toto rileva un'area di sclerosi rotondeggiante al soma di D7 che necessita di approfondimento diagnostico con altre indagini nonché discopatie multiple al tratto cervicale e lombare. Pure il Dott. C._____ aveva del resto indicato "deambulazione autonoma con andatura antalgica, rachide contratto e dolente alla digitopressione in regione lombare e cervicale, antiflessione del tronco limitata" (doc. 30 pag. 4). In un successivo rapporto dell'8 aprile 2013 (doc. 11) è stata inoltre segnalata all'esame RMN del rachide cervicale un'ernia discale fra C5-C6. In queste condizioni, il Dott. B._____ avrebbe perlomeno dovuto richiedere un esame reumatologico completo accompagnato, eventualmente, da accertamenti radiologici e strumentali, non essendo egli tra l'altro specialista in tale ambito. Egli si è invece limitato a indicare l'esistenza di generici dolori alla colonna vertebrale.

Al riguardo va rilevato che per essere attendibile, un esame ortopedico deve essere svolto da uno specialista e deve essere accompagnato da tutta quella documentazione oggettiva di recente esecuzione che la situazione richiede. Nel merito, ad atti non esiste tale refertazione. Viene prodotto un esame scarsamente leggibile del 6 febbraio 2012 (doc. 3). I pochi referti ortopedici prodotti sono estremamente succinti e/o non recenti; non esiste inoltre un rapporto dettagliato d'esame reumatologico-ortopedico, come neppure a suo fondamento i reperti radiologici necessari.

Lo stato di salute dell'assicurata va pertanto approfondito da un punto di vista reumatologico/ortopedico, tramite l'esperimento di una perizia specialistica, la documentazione agli atti non essendo sufficientemente completa e altresì contraddittoria.

Dal resto le conclusioni del Dott. B._____ non sono attendibili già per il solo fatto che non dispone la necessaria specializzazione (sentenza del TF 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.3.1).

17.1.2 L'E 213 (doc. 30) menziona inoltre un disturbo ansioso-depressivo reattivo e attacchi di panico, è tuttavia carente un adeguato esame psichiatrico. Compaiono ad atti alcuni referti succinti, a volte scarsamente leggibili, del tutto inconcludenti (doc. 42, 43), ma sprovvisti di quelle caratteristiche che devono possedere i referti psichiatrici a livello assicurativo (anche doc. allegato al TAF 12, Dott.ssa D. _____ – cognome illeggibile -, neurologa, del 14 aprile 2014). In effetti, di principio, un esame psichiatrico deve contenere un'anamnesi dettagliata, un rapporto oggettivo che riferisca sull'orientamento spazio-temporale del paziente, sull'umore, sulle idee presenti, sull'eventuale frequenza di stati morbosi acuti o accentuati, sull'organizzazione mentale, sull'intuizione, ecc. Dev'essere chiaro nell'esposizione della diagnosi con la codificazione della patologia secondo le norme internazionali, menzionare esattamente la cura farmacologica e di sostegno in corso e porre infine una prognosi; l'esperto si pronuncerà sulla capacità al lavoro nella precedente professione ed in altre attività eventualmente ancora esigibili.

Va inoltre ancora rilevato che particolarmente decisivo nell'ambito dell'esperimento di una perizia psichiatrica è l'esame clinico del paziente con rilevamento dell'anamnesi, verifica dei sintomi e osservazione del comportamento (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 1094/06 del 14 novembre 2007 in re 3.1.1, I 391/06 del 9 agosto 2006 consid. 3.2.2). Una perizia fondata esclusivamente sugli atti ha infatti valore probatorio soltanto se si tratta sostanzialmente di valutare una fattispecie medica pre-stabilita e non sono necessari nuovi esami (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 1094/06 succitata consid. 3.1.1 in fine). Ciò non è evidentemente il caso nell'ipotesi in esame, in cui la fattispecie non è mai stata accertata. Una perizia fondata soltanto sugli atti non era quindi ammissibile nel caso concreto.

Ne consegue che anche da questo punto di vista l'accertamento risulta incompleto e va approfondito tramite l'erezione di una perizia psichiatrica.

17.1.3 Altre patologie vengono qua e là menzionate nei molteplici brevi referti prodotti, come problemi alla tiroide, al fegato e probabilmente ai reni (cfr. in particolare doc. 12 e 14). Anche da questo punto di vista non sono stati svolti i necessari approfondimenti.

17.1.4 Complessivamente va comunque ancora rilevato che, anche nell'ipotesi in cui queste patologie collaterali a quella principale (che è quella tumorale ora silente) non incidessero che in maniera scarsa sulla capacità di lavoro dell'interessata, sarebbe difficile condividere il parere del

Dott. B. _____ secondo cui l'assicurata è abile al cento per cento anche nell'attività di addetta alle pulizie. Il complesso patologico indicato in più documenti menzionati evidenzia infatti un quadro difficilmente compatibile con attività medio-pesante.

Se è quindi vero che i medici non si sono espressi chiaramente sulla capacità lavorativa residua dell'assicurata, è altresì vero che dagli atti non si può certo dedurre, contrariamente a quanto fatto dall'UAIE, che essa fosse piena in attività medio-pesanti e in attività di sostituzione. Viste anche e soprattutto le doglianze ortopediche, appare difficile condividere il parere del Dott. B. _____.

17.2 In conclusione vi sono agli atti indizi sufficientemente concreti atti a mettere chiaramente in dubbio l'affidabilità delle valutazioni del medico dell'UAIE, il quale si è pronunciato senza disporre di tutti gli elementi necessari, fondandosi su documenti contraddittori o tralasciando di esaminare documenti importanti e senza disporre della necessaria specializzazione. La decisione impugnata, violando il diritto federale, va pertanto annullata, mentre il ricorso dev'essere accolto.

18.

18.1 In caso di annullamento della decisione il Tribunale amministrativo federale può sostituirsi all'autorità inferiore e statuire direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per nuova decisione (cfr. sentenza del TAF C-4652/2012 del 18 aprile 2013). In particolare esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi o comunque sufficienti per statuire (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326).

18.2 Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute e alle conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa, segnatamente tramite l'esperimento di una perizia pluridisciplinare (o singole perizie specialistiche) in contraddittorio (conformemente a quanto previsto in DTF 137 V 210), esperita da specialisti in reumatologia/ortopedia, psichiatria ed internistica/oncologica e ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario, nonché a pronunciarsi nuovamente sul grado di invalidità dell'assicurata. Il rinvio all'autorità inferiore è del resto conforme alla giurisprudenza pubblicata in DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4;

139 V 99 consid. 1.1 in quanto in concreto è carente l'accertamento di tutti gli aspetti medici rilevanti.

19.

19.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.-, versato il 22 aprile 2014 (doc. TAF 4), è restituito alla ricorrente.

19.2 Si giustifica l'attribuzione di un'indennità per spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. della TS-TAF, RS 173.320.2 [cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia di assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, da profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione]). La stessa, in assenza di nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 2'800.-, importo forfettario comprensivo di spese, IVA esclusa, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dalla rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto nel senso che la decisione impugnata del 27 gennaio 2014 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché completi l'istruttoria ai sensi dei considerandi e si pronunci nuovamente sul grado di invalidità di A._____.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 400.-, corrisposto con versamento del 22 aprile 2014, sarà restituito alla ricorrente allorché la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di fr. 2'800, la quale è posta a carico dell'UAIE.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif. ; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Dario Croci Torti

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 adempite le condizioni di cui agli art. 82 segg., 90 e segg. e 100 LTF. 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: