



Corte III
C-2281/2016

Sentenza del 1° febbraio 2018

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Christoph Rohrer,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____,
patrocinata dagli avv. Valentina Errico e Franco Papadia,
Viale O. Quarta 16, IT-73100 Lecce,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, diritto alla rendita (decisione
dell'8 marzo 2016).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il (...) 1963, sposata, residente in Italia, ha lavorato in Svizzera da marzo 1988 a fine dicembre 1995, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 47 e 48 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità per gli assicurati residenti all'estero, UAIE). In seguito, l'assicurata è stata impiegata in Italia come bracciante agricola fino al 31 dicembre 2010. Dal 1° giugno 2011 essa beneficia di una pensione italiana per un grado di invalidità del 75% (doc. 2, 6, 57 e 66).

B.

B.a Con scritto dell'8 ottobre 2014, l'assicurata, per il tramite dell'istituto nazionale previdenza sociale (INPS), ha formulato alla Cassa svizzera di compensazione (CSC), una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

B.b A sostegno della propria richiesta l'interessata ha allegato numerosi documenti medici (doc. 2 a 44) e segnatamente:

- il referto del 23 marzo 2011 redatto dal dr. B._____, specialista in radiologia diagnostica, relativo alle radiografie al rachide lombo-sacrale, al bacino, alle anche e al ginocchio destro (doc. 38, di tenore identico doc. 98);
- il rapporto dell'11 aprile 2011 redatto dal dr. C._____, la cui specializzazione non è nota, dove figura la diagnosi di grave sindrome ansioso depressiva "che ha raggiunto ormai la caratteristica della cronicità e che allo stato attuale comporta uno stato di ansia di livello non trascurabile (...)" (doc. 20, di tenore identico doc. 97);
- il rapporto relativo alla scintigrafia ossea eseguita il 26 maggio 2011 dal dr. D._____, (doc. 17, di tenore identico doc. 95), specialista in medicina nucleare, il quale ha rilevato una severa coxartrosi bilaterale, maggiormente evidente a sinistra (cfr. anche il referto medico del dr. E._____, dell'11 luglio 2011, medico chirurgo specialista in ortopedia traumatologia [doc. 19, di tenore identico doc. 94]);
- la relazione di dimissione dell'ospedale regionale F._____, del 21 novembre 2012 (doc. 23, anche doc. 44 [di tenore identico doc. 119]), dalla

quale risulta che la coxartrosi ha comportato un intervento di endoprotesi totale al femore sinistro eseguito il 7 novembre 2012 e che è insorta un'encefalite post-chirurgica [cfr. anche doc. 15, di tenore identico doc. 24 e 88);

- l'attestato di dimissione del 28 dicembre 2012 da cui emerge l'ospedalizzazione per una lussazione dell'artroprotesi all'anca (doc. 24 e 26 [di tenore identico doc. 87]);
- il rapporto del 7 maggio 2013 del dr. G._____, la cui specializzazione non è nota, con diagnosi di artrosi alla spalla destra (gleno-omeroale e acromion-cleavare; sclerosi del trochite omeroale e non evidenti calcificazioni periarticolari) ed al ginocchio destro (doc. 32, di tenore identico doc. 80);
- il referto relativo alla spalla destra del 20 maggio 2013 del dr. H._____, specialista in radiologia, che ha posto la diagnosi di "modeste alterazioni tendinosiche del sovraspinoso, sede di minuscola lesione intrasubstantia" (doc. 35, di tenore identico doc. 79);
- la perizia medica particolareggiata E213 del 12 maggio 2014 (doc. 6), in cui la dr. I._____, la cui specializzazione non è nota, ha posto la diagnosi di "esiti di intervento di artroprotesi anca sinistra per grave coxartrosi bilaterale complicato da encefalite virale post-chirurgica, sindrome poliendocrina autoimmune tipo I con calcificazioni cerebrali diffuse, grave sindrome ansioso-depressiva e pseudofachia chirurgica in 00" (doc. 6, p. 4), attestando che l'assicurata è in grado di svolgere a tempo ridotto un lavoro leggero adeguato alle sue condizioni (p. 4 e 5);
- documentazione – almeno parzialmente – illeggibile, in particolare i doc. 9 (di tenore identico doc. 93), 21 (di tenore identico doc. 99) e 22 (di tenore identico doc. 100), inerenti alla sindrome ansioso-depressiva, così come i doc. 8, 25 (di tenore identico doc. 85), 27 (di tenore identico doc. 76), 42 (di tenore identico doc. 75) e 43 (di tenore identico doc. 71).

C.

C.a Questa documentazione è stata sottoposta dall'UAIE al medico del Servizio Medico Regionale (SMR) – dr. L._____, specializzata in medicina interna generale –, la quale, in data 5 giugno 2015, ha proposto di richiedere ulteriore documentazione specialistica (doc. 60).

C.b Nell'ottobre 2015, l'INPS ha fatto pervenire all'amministrazione i seguenti documenti:

- la relazione clinica non datata del dr. M._____, la cui specializzazione non è conosciuta, relativa alla sindrome poliendocrina autoimmune tipo 1. In tale referto, il medico ha rilevato, tra l'altro, che "sono state rinvenute, all'esame di risonanza magnetica nucleare, eseguita per cefalea spasmodica ricorrente, calcificazioni multiple e diffuse del parenchima cerebrale, che sono ascrivibili al disturbo cronico di regolazione fosfo-calcica da insufficienza paratiroidea", che "la paziente ha anche marcati problemi legati alla funzione visiva" e che "(...) la signora A._____ necessita di controlli plurispecialistici, laboratoristici e strumentali ravvicinati, nonché di cure continuate e assidua assistenza familiare" (doc. 111; cfr. anche la certificazione del dr. N._____ del 16 settembre 2015 [doc. 67]);
- il rapporto dell'esame della colonna cervicale del 21 marzo 2014 eseguito dalla dr. O._____, specialista in radiodiagnostica, da cui risulta la diagnosi di lordosi fisiologica appianata, segni di spondilouncoartrosi con piccoli osteofiti marginali nel tratto medio-distale, allineamento metamero, lieve riduzione posteriore dello spazio intersomatico C5-C6 e in maggior misura C6-C7 (doc. 70);
- la perizia medica particolareggiata E213 eseguita in data 12 ottobre 2015 dal dr. P._____ (doc. 66), la cui specializzazione non è nota, il quale ha confermato quanto attestato nel precedente formulario E213 (doc. 6) e dall'ulteriore documentazione medica già agli atti. Il medico ha altresì menzionato di essere in attesa di "ulteriore documentazione, come da richiesta di stato estero (esame endocrinologico, es. psichiatrico, eventuali cartelle cliniche dopo il 2011)", che al momento della redazione della perizia non gli era pervenuta (p. 3). Per quel che concerne le conseguenze delle affezioni accertate, il dr. P._____, ha altresì affermato che l'assicurata è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, che non è in grado di lavorare ad uno schermo, che non è autonoma nell'esercizio della sua attività professionale (né sul posto di lavoro, né a domicilio), che non è in grado di svolgere a tempo pieno il suo precedente lavoro e che è in grado di svolgere un lavoro adeguato alle sue condizioni unicamente a tempo parziale;
- diversi referti (doc. 84, 87 e 88) da cui emerge una lussazione della protesi necessitante trattamento;

- diversi rapporti illeggibili relativi alla diagnosi di sindrome ansioso-depressiva (in particolare doc. 68) e agli sviluppi post collocazione della protesi (doc. 69). Illeggibili anche i doc. 71, 76, 33 (di tenore identico doc. 81), 85, 103, 112, 114, 115.

D.

Sulla base della documentazione trasmessa dall'assicurata, la dr. L. _____, ha dunque redatto il rapporto finale del 30 novembre 2015 (doc. 124), attestando che l'attività di bracciante agricola svolta in precedenza non era più esigibile a partire dal 2012. Ha tuttavia ritenuto che l'assicurata presentava – ed ha sempre presentato – una capacità lavorativa completa per un'attività adatta (doc. 124, p. 5 e 6).

E.

E.a Preso atto della valutazione del SMR, l'UAIE ha effettuato il raffronto dei redditi (doc. 125), concludendo che non vi era perdita di guadagno rilevante.

E.b L'amministrazione ha quindi emanato il progetto di decisione del 5 gennaio 2016, in cui ha prospettato il rigetto della richiesta di prestazioni essendo data un'incapacità al lavoro nell'esercizio di un'attività rispettosa delle limitazioni funzionali pari allo 0%, corrispondente ad una diminuzione della capacità al guadagno nulla (doc. 126).

E.c Avverso tale provvedimento l'assicurata non ha formulato opposizione. Pertanto, con decisione dell'8 marzo 2016, l'UAIE ha confermato il rigetto della domanda di prestazioni (doc. 127).

F.

F.a Con il ricorso 11 aprile 2016 (doc. TAF 1) l'insorgente, rappresentata dagli avv. Errico e Papadia, ha chiesto al Tribunale amministrativo federale di disporre "ove occorra idonea consulenza tecnico-legale" e "dichiarare la ricorrente invalida nella misura pari e/o superiore al 70% o, in via subordinata, nella misura pari e/o superiore al 40% e quindi di assegnare le relative prestazioni a far tempo dalla domanda o dalla data che verrà accertata". Quali allegati, la ricorrente ha prodotto in sostanza i medesimi documenti già agli atti nella procedura amministrativa (doc. 1 a 56 allegati al doc. TAF 1). Degli ulteriori motivi si dirà se necessario nei considerandi di diritto.

F.b In data 11 maggio 2016, la ricorrente ha inoltre chiesto l'esonero dal pagamento delle spese giudiziarie (doc. TAF 3).

G.

Con risposta del 6 settembre 2016 (doc. TAF 10), l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. L'amministrazione ha evidenziato come la ricorrente abbia prodotto "numerosa documentazione medica già agli atti e presa in considerazione nell'ambito della decisione impugnata". Inoltre, ha ribadito le valutazioni del medico SMR, secondo cui la ricorrente "potrebbe esercitare un'attività adeguata e rispettosa dei limiti funzionali a tempo pieno", concludendo che "nel caso concreto, non vi sono ragioni per scostarsi dalla valutazione del nostro servizio medico" e che in sede ricorsuale "la ricorrente non fa valere elementi suscettivi di infirmare la valutazione globale della situazione".

H.

Con decisione incidentale del 17 febbraio 2017 la domanda di assistenza giudiziaria è stata respinta (doc. TAF 21).

I.

Non vi è stato un ulteriore scambio di allegati.

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 LTAF (RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA (RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni di tale legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della

LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo delle spese processuali è stato inoltre tempestivamente saldato (doc. TAF 25).

2.

2.1 Dal profilo temporale si applicano 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 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

2.2 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.

2.3 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).

2.4 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.

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).

Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

2.5 In concreto, sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione della LAI in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente, ritenuto che il diritto alle prestazioni di invalidità – in virtù della domanda di prestazioni dell'8 ottobre 2014 – sarebbe sorto al più presto il 1° aprile 2015, sei mesi dopo l'inoltro della richiesta (art. 29 cpv. 1 LAI).

3.

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto l'8 marzo 2016. 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 (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 con-

sid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire 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, nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

4.

4.1 Oggetto del contendere, nel caso concreto, è la mancata assegnazione di una rendita di invalidità alla ricorrente pari ad almeno un grado di invalidità del 70% in via principale e del 40% almeno in via subordinata. Risulta invece incontestato che essa è affetta da numerose malattie e che è incapace al lavoro nella precedente attività svolta. È pertanto litigiosa l'eventuale natura invalidante delle affezioni di cui soffre, segnatamente del loro effetto congiunto.

4.2 La ricorrente sostiene, in particolare, che la decisione dell'8 marzo 2016 (doc. 127) è viziata da un accertamento incompleto dei fatti rilevanti da parte dell'autorità inferiore e da un'incorretta valutazione di aspetti medici determinanti (doc. TAF 1). A suo dire, il caso è stato apprezzato senza tener conto della sua situazione medica complessiva; chiede pertanto che venga disposta una nuova consulenza tecnico-legale, in modo da poter accertare l'evidente riduzione della capacità lavorativa (in attività adeguate).

4.3 Dal canto suo, l'autorità inferiore considera che l'assicurata è unicamente impossibilitata di svolgere la precedente attività di bracciante agricola, mentre ritiene che potrebbe invece "esercitare un'attività adeguata e rispettosa dei limiti funzionali a tempo pieno". Secondo l'amministrazione, la sindrome poliendocrina multipla, così come la sindrome ansioso-depressiva non sarebbero suscettibili di limitare la capacità lavorativa (doc. 124, doc. 127 e doc. TAF 10; cfr. consid. E e segg.).

5.

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 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 i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 43 LPGA ed anche art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne

consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

6.

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

6.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni cumulative:

- a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili;
- b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e
- c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

6.3 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

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

6.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (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). 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.

7.

7.1 Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 cpv. 1 LPGGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio gli accertamenti necessari e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a)

7.2 Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre

un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

7.3 Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3).

7.4 In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la concludenza. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

7.5 Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno 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 pag. 232; 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. questa Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 OG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

7.6 Giova altresì rilevare che il parere dei medici curanti va considerato con prudenza, in quanto essi possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza del particolare legame instauratosi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

7.7 Se vi sono dei rapporti medici contraddittori infine il giudice non può 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 (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

8.

Alla luce delle censure sollevate dalla ricorrente è dunque necessario esaminare, da un lato, se l'autorità inferiore ha correttamente effettuato gli accertamenti del caso, al fine di statuire con cognizione di causa sulla domanda di prestazioni (cfr. consid. 10), dall'altro se la valutazione degli atti di causa è avvenuta conformemente al diritto federale e ai principi giurisprudenziali, in particolare, se è stato correttamente tenuto conto dei documenti versati agli atti e del loro contenuto (cfr. consid. 11).

9.

9.1

9.1.1 In via preliminare, questo Tribunale rileva che la motivazione del provvedimento, in particolare la documentazione su cui l'amministrazione ha basato la propria decisione, sia da un punto di vista medico che economico, risulta piuttosto lacunosa.

9.1.2 Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. fed., le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, di prendere visione dell'incarto, di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 132 V 368 consid. 3.1 pag. 370 e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito è una garanzia costituzio-

nale formale, la cui violazione implica l'annullamento della decisione impugnata, a prescindere dalle possibilità di successo nel merito (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390; 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Ai sensi della giurisprudenza, una violazione del diritto di essere sentito - nella misura in cui essa non sia grave - è da ritenersi sanata qualora l'interessato abbia la facoltà di esprimersi innanzi ad un'autorità di ricorso che gode di piena cognizione. La riparazione di un eventuale vizio deve comunque avvenire solo in via eccezionale (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Giova inoltre precisare che anche in caso di grave violazione del diritto di essere sentito è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione, se una simile operazione si esaurirebbe in un vuoto esercizio formale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti).

9.1.3 L'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. offre, a titolo sussidiario, una garanzia minima, mentre la portata di tale diritto è determinata in primo luogo dalle norme cantonali o federali di procedura (DTF 126 I 15 consid. 2a pag. 16; 125 I 257 consid. 3a pag. 259).

9.1.4 Giusta l'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPGa, le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. Il diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. comprende 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).

9.1.5 Invero l'autorità non è tenuta a compiere un'analisi approfondita di tutte le allegazioni di parte e esaminare dettagliatamente tutte le risultanze processuali, essendo sufficiente che, anche attraverso una valutazione globale di quelle deduzioni e risultanze, spieghi, in modo logico ed adeguato, le ragioni che hanno determinato il suo convincimento, dimostrando d'avere tenuto presente ogni fatto decisivo (DTF 129 I 232 consid. 3.2; sentenza del TAF C-2183/2013 del 28 gennaio 2015 consid. 9.2.3). Peraltro, l'esigenza della motivazione aumenta allorché l'applicazione della

legge implica l'esercizio del potere di apprezzamento o l'interpretazione di una norma giuridica indeterminata (DTF 134 I 83 consid. 4.1; 129 I 232 consid. 3.3 e relativi riferimenti nonché sentenza del TF 2C_105/2009 del 18 settembre 2009 consid. 5.1). Se questi precetti vengono disattesi, il vizio formale comporta di norma l'annullamento della decisione, senza che il ricorrente debba dimostrare un interesse, in altri termini indipendentemente dalle possibilità di successo nel merito (DTF 118 la 17 consid. 1; 117 la 7 consid. 1a e 115 la 10 consid. 2a).

9.2 In concreto, nella decisione impugnata l'autorità inferiore non ha illustrato le basi di calcolo utilizzate per determinarsi sulla domanda di prestazioni dell'assicurata, né ha allegato al provvedimento il raffronto dei redditi (doc. 125). L'interessata non è stata dunque posta in grado di comprendere le basi del calcolo del grado di invalidità, segnatamente per quel che concerne i redditi di riferimento (da valido e da invalido), come pure la riduzione del reddito da invalido in ragione delle particolari circostanze personali e professionali del caso. Tuttavia, dal momento che tali informazioni figurano agli atti, unitamente alla valutazione dell'invalidità eseguita dall'UAIE (doc. 124 e 125), ed essendo l'insorgente rappresentata da un legale, essa avrebbe nondimeno potuto accedere all'incarto sin dal deposito del ricorso, formulando una semplice richiesta in tal senso all'amministrazione. Inoltre, con la risposta di causa (doc. TAF 10), l'amministrazione ha trasmesso l'intero incarto UAIE. In sede di ricorso (doc. TAF 1) non sono state tuttavia sollevate specifiche contestazioni in tal senso. Pertanto, alla luce della piena cognizione di cui dispone il Tribunale adito, ed in particolare anche perché la ricorrente sarebbe stata in misura di contestare senza limitazione alcuna la posizione assunta dall'autorità inferiore, nonché di produrre, fino all'emissione della sentenza, nuove prove, quali atti medici ed economici volti a contestare quanto ritenuto dall'amministrazione, l'eventuale violazione del diritto di essere sentito ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LPGa e dell'art. 29 cpv. 2 Cost. fed., va, in concreto, considerata sanata in questa sede.

10.

10.1 Nel merito, in primo luogo occorre esaminare se prima dell'emanazione della decisione impugnata, l'autorità inferiore ha proceduto ad un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti oppure avrebbe dovuto fare eseguire ulteriori esami medici per potersi determinare con cognizione di causa - secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali - sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa residua della ricorrente.

10.2 A tal proposito giova precisare che la decisione impugnata si basa principalmente sul rapporto finale del SMR del 30 novembre 2015 (doc. 124).

10.2.1 L'art. 59 cpv. 2bis LAI ricorda che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

10.2.2 I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 aOAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un 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; cfr. pure sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid.

4.2; cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

10.2.3 Al riguardo va in particolare rilevato che se è vero che nelle procedure concernente l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore, un tale provvedimento (o perlomeno accertamenti complementari) deve tuttavia essere ordinato qualora sussistano anche solo dubbi minimi riguardo l'attendibilità e la conclusione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4).

10.3 In occasione della domanda di prestazioni (doc. 1), la ricorrente ha fatto pervenire all'UAIE diversa documentazione relativa al suo stato di salute ed alla sua capacità lavorativa (consid. B.b). Esaminato l'incarto, la dr. L. _____ aveva proposto di far allestire, ancora nel giugno del 2015, un rapporto ortopedico dettagliato relativo all'artrosi diffusa, un rapporto psichiatrico relativo alla sindrome ansioso-depressiva, un referto endocrinologico ed una recente perizia particolareggiata E213 (consid. C e doc. 60). Tali richieste sono poi state formulate in maniera precisa all'INPS dall'UAIE, il quale ha preteso in particolare rapporti completi, dattiloscritti e dettagliati circa la diagnosi, i sintomi, l'evoluzione dell'affezione e l'eventuale incapacità lavorativa (doc. 61). Appare dunque evidente che, sia l'autorità inferiore, che il medico SMR, non ritenevano la documentazione prodotta dall'assicurata fino a quel momento sufficiente per potersi esprimere compiutamente sullo stato di salute, la residua capacità lavorativa e quindi sul grado d'invalidità.

10.4 A fronte delle sollecitazioni dell'amministrazione, la ricorrente ha prodotto i documenti di cui al consid. C.b. A tal proposito, va innanzitutto rilevato che essi non ossequiano le richieste avanzate dal medico SMR nei sopraccitati doc. 60 e 61. È difatti totalmente assente un rapporto ortopedico completo sull'artrosi multipla e sulle conseguenze sulla capacità lavorativa. Si evidenzia che al riguardo l'amministrazione aveva chiesto un "rapporto dattiloscritto da effettuare con indicazioni precise circa l'evoluzione clinica dal collocamento in posto della protesi, status clinico completo ivi compreso descrizione delle ampiezze articolari" (doc. 61). Figurano agli atti invece unicamente delle diagnosi parziali, prive di indicazioni sulle conseguenze della malattia (cfr. doc. 70, 84, 87 e 88). Oltretutto, diversi documenti non sono dattiloscritti e risultano illeggibili (cfr. in particolare doc. 69). Non sono stati versati all'incarto neppure rapporti endocrinologici e psichiatrici completi in relazione alle diagnosi, alla loro evoluzione ed agli effetti

sulla capacità lavorativa. Del resto la loro assenza è stata ribadita anche dal dr. P. _____ nell'ottobre 2015 al momento dell'esecuzione della perizia E213 (doc. 66, p. 3).

10.5 Ne discende che, in assenza di sufficienti accertamenti, segnatamente in ambito reumatologico, psichiatrico ed endocrinologico, l'istruttoria eseguita dall'autorità inferiore risulta carente. Il medico SMR, così come l'UAIE si sono fondati su documentazione incompleta e pertanto inconcludente, malgrado essi stessi abbiano chiesto la completazione dell'incarto. In simili condizioni, non risulta possibile per questa Corte determinarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute della ricorrente e sulle conseguenze sulla capacità lavorativa.

10.6 Già solo per questa grave lacuna istruttoria – il rapporto SMR si fonda su documentazione specialistica incompleta e quindi inconcludente – la decisione impugnata dell'8 marzo 2016 va annullata. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione.

11.

11.1 Ad ogni modo, questo Tribunale rileva che pure l'apprezzamento dei documenti versati agli atti e confluito nel succinto rapporto finale SMR del 30 novembre 2015 (doc. 124), oltre a poggiare su un'istruttoria incompleta, appare criticabile sotto diversi punti di vista.

11.2 A tal proposito, giova ricordare che per determinare l'eventuale incapacità lavorativa dell'assicurata, l'UAIE si è limitato a riprendere le conclusioni del medico SMR, contenute nel citato rapporto finale (consid. C e doc. 124).

Dopo aver elencato le diagnosi con e senza conseguenze sulla capacità lavorativa, la dottoressa L. _____ ha confermato che, in virtù della coxartrosi bilaterale e di ulteriori problemi alla spalla destra ed al ginocchio sinistro, l'attività di bracciante agricola svolta in precedenza non era più esigibile a partire dal 2012 e più precisamente dal giorno in cui era stata posizionata la protesi nell'anca sinistra. A suo dire, per quel che concerneva la sindrome ansioso depressiva, la cura prescritta corrispondeva ad una forma leggera o moderata, ossia a un disturbo depressivo ricorrente leggero, che non pregiudicava la capacità lavorativa in sé. Tuttavia, l'esperta

ha anche precisato, che tale affezione è suscettibile di limitare la resistenza allo stress e che per evitare un peggioramento dei sintomi, un'occupazione adatta non doveva comportare un rendimento elevato o richiedere rapidità nell'esecuzione. Inoltre, preso atto delle cure ricevute dall'interessata per i sintomi della sindrome poliendocrina multipla e degli esami effettuati dal dr. Q._____ – che hanno evidenziato una situazione clinica della norma – la dr. L._____ ha ritenuto che i possibili sintomi parevano essere stati efficacemente corretti e che gli stessi non giustificavano dunque un'incapacità lavorativa. In conclusione, essa ha precisato che l'assicurata presentava – ed ha sempre presentato – una capacità lavorativa completa per un'attività adatta (attività leggera, sedentaria, con possibilità di cambiare posizione, senza necessità di spostamenti, senza esigenze di rendimento elevato e che non necessita di movimenti al di sopra delle spalle), evidenziando che avrebbe potuto, ad esempio, svolgere attività di sostituzione quali vendita per corrispondenza, telefono, internet; vendita in generale, riparazione di piccoli apparecchi, segretariato e attività amministrative leggere (doc. 124, p. 5 e 6).

L'autorità inferiore ha in seguito confermato tale conclusione nella risposta di causa (doc. TAF 10).

11.3

11.3.1 In primo luogo, va segnalato che in entrambe le perizie particolareggiate E213 (doc. 6 e 66), i medici hanno ritenuto, tra l'altro, che la ricorrente non poteva essere considerata autonoma nell'esercizio della sua professione (né al proprio domicilio, né sul posto di lavoro) e che non poteva svolgere a tempo pieno neppure un lavoro adeguato alle sue condizioni (doc. 6 e 66, p. 4 e 5).

Nel rapporto finale del 30 novembre 2015 (doc. 124), la dr. L._____ ha completamente ignorato tali considerazioni, concludendo appunto che l'assicurata era da sempre abile a svolgere un'attività a tempo pieno che tenesse debitamente conto dei suoi limiti funzionali. Tuttavia, essa non ha fornito nessuna spiegazione circa i motivi che l'hanno indotta a scostarsi dalle valutazioni dei suoi colleghi. Ciò appare singolare ritenuto che il medico SMR dispone unicamente di una specializzazione in medicina interna. Inoltre in entrambe le perizie particolareggiate E213 (doc. 6 e 66), la ricorrente è stata ritenuta invalida al 75% sia per il lavoro precedentemente svolto, sia per qualsiasi altra attività confacente alle attitudini dell'interessata, conformemente alle disposizioni di legge del paese di residenza (p. 5). Questa valutazione – diametralmente opposta – benché non vincolante

per le autorità svizzere, non poteva essere scartata, senza ulteriori approfondimenti medici o almeno una solida motivazione, che nella fattispecie fanno tuttavia difetto. Facendo pieno affidamento sul parere del medico SMR, neppure l'UAIE si è espresso in merito a tale problematica.

11.3.2 Quando il parere del medico dell'UAIE diverge dagli altri giudizi e/o non può essere fondato su documentazione oggettiva avente la qualità di prova, occorre procedere ad una nuova investigazione medica. Infatti, è compito del consulente del servizio medico regionale o del servizio medico dell'UAIE stabilire in che misura il danno alla salute limita la ricorrente nelle sue capacità lavorative, attenendosi unicamente alle funzioni importanti che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto (art. 49 OAI). Nella fattispecie questo non è stato fatto (cfr. consid. 10). Anche per questo motivo, il ricorso deve essere accolto.

11.4

11.4.1 La decisione impugnata risulta censurabile anche laddove riprende in toto la valutazione della dr. L. _____, per cui una sindrome ansioso-depressiva definita grave e/o cronica (cfr. in particolare doc. 6 e 66), viene considerata, senza particolari motivazioni, quale disturbo depressivo leggero ricorrente e ritenuto senza effetto sulla capacità lavorativa. Difatti, a fronte di diagnosi specialistiche divergenti, sarebbe stato necessario – come del resto richiesto dalla stessa dottoressa con scritto del 5 giugno 2015 (doc. 60) – far eseguire una perizia psichiatrica o perlomeno motivare in maniera compiuta il parere divergente. Un semplice riferimento al trattamento prescritto da uno dei vari medici che ha visitato la ricorrente in merito ai suoi problemi psichiatrici non può in alcun caso essere sufficiente per far astrazione della diagnosi espressa da diversi specialisti in materia. A maggior ragione perché le varie attestazioni, diagnosi o perizie (quando comprensibili) non si esprimono sugli effetti sulla capacità lavorativa e gli eventuali limiti funzionali da considerare (cfr. in particolare doc. 20, di tenore identico doc. 97).

11.4.2 A tal proposito, questo Tribunale osserva che agli atti si trovano numerosi documenti inerenti alla sindrome ansioso-depressiva ma che la maggior parte di questi sono manoscritti, di difficile comprensione, se non addirittura in larga parte illeggibili. La difficoltà nel decifrare i documenti redatti dagli specialisti italiani non era sfuggita neppure alla dottoressa SMR. Difatti, nel suo preavviso del 5 giugno 2015, essa aveva pregato l'UAIE di insistere affinché le perizie richieste fossero dattiloscritte (doc. 60). L'assicuratore aveva dal canto suo ripreso esplicitamente tale richiesta

nel suo scritto del 11 giugno 2016 (doc. 61). Nondimeno, buona parte dei documenti inoltrati in risposta alla domanda di completamento dell'incarto risultano nuovamente essere manoscritti e difficile comprensione. Si tratta di documenti non idonei a fungere da mezzi di prova giusta gli art. 12 e 33 PA. Pertanto, essi non possono venir considerati. Appare alquanto singolare, che l'amministrazione pur essendo cosciente del problema, così come dell'eventuale importanza dei documenti in questione, non abbia insistito per ottenere delle copie dattiloscritte.

11.4.3 Di conseguenza, il parere espresso nel rapporto finale del 30 novembre 2015 (doc. 124) in merito alla sindrome ansioso-depressiva appare insufficientemente motivato, inconcludente e quindi non vincolante. Anche da questo punto di vista, la decisione impugnata non merita di essere tutelata e va pertanto annullata.

11.5 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). Come precisato ai considerandi precedenti tale non è il caso nella presente fattispecie.

11.6 L'incarto va pertanto trasmesso all'autorità inferiore affinché completi l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti. La ricorrente verrà in particolare sottoposta ad una perizia pluridisciplinare che accerti lo stato di salute e gli effetti sulla capacità lavorativa da un punto di vista reumatologico, psichiatrico ed endocrinologico. Saranno inoltre eseguiti tutti quegli esami strumentali e radiologici che il caso – e l'evoluzione nel tempo dello stato di salute – richiede.

11.7 Dai referti dovrà in particolare emergere la misura dell'incapacità lavorativa in attività eventualmente ancora esigibili e la decorrenza della stessa alla luce di una valutazione espressa congiuntamente dai vari periti.

11.8 Dalla valutazione pluridisciplinare dovrà altresì risultare l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa a far tempo dall'intervento all'anca sinistra nel novembre del 2012 (cfr. doc. 44, di tenore identico doc. 119), ma la più tardi dal 1° aprile 2014, e meglio l'anno precedente l'eventuale nascita del diritto alla rendita (consid. 2.7).

11.9 In siffatte circostanze, non essendo stati chiariti aspetti medici determinanti – in particolare essendo stato tralasciato l'accertamento pluridisciplinare della fattispecie – neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, nel senso indicato da questo Tribunale.

12.

12.1 Inoltre, la valutazione dell'UAIE risulta problematica anche sotto il profilo del raffronto dei redditi, in particolare per quel che concerne le attività di sostituzione esigibili. Il medico SMR ha infatti completamente ignorato il fatto che secondo entrambe le perizie particolareggiate E213, la ricorrente non è in grado di lavorare ad uno schermo (doc. 6 e 66, p. 4), indicando quali attività di sostituzione esigibili diversi lavori che richiedono - perlomeno in larga misura - proprio la citata attività (cfr. doc. 124, p. 5 e 6).

12.2 Nella fattispecie, non appare quindi verosimile poter esigere dalla ricorrente – la quale in precedenza lavorava quale bracciante agricola e che ora non è in grado di eseguire un'attività di fronte ad uno schermo e non è autonoma nell'esercizio di un'attività professionale – lo svolgimento delle attività indicate dal medico SMR nel rapporto finale quali ad esempio la vendita per corrispondenza, la vendita in generale, l'attività di ufficio e/o amministrazione (doc. 124, p. 5 e 6). Si tratta di un'ulteriore valutazione incomprensibile e non sufficientemente motivata da parte del medico SMR.

13.

13.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. Alla ricorrente viene restituito l'anticipo delle spese processuali di 800 franchi versato il 28 marzo 2017 (doc. TAF 25).

13.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da un avvocato – malgrado l'intervento del patronato ENCAL, la procura rilasciata agli avvocati Errico e Papadia non è mai stata revocata (doc. TAF 3 e 5) –, si giustifica 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 parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione (DTF 132 V

215 consid. 6.2). Giusta l'art. 14 cpv. 1 TS-TAF, le parti che chiedono la rifusione di spese ripetibili devono presentare al Tribunale, prima della pronuncia della decisione, una nota particolareggiata delle spese. Se non viene prodotta, come nel caso concreto, il giudice fisserà un'indennità sulla base degli atti (art. 14 cpv. 2 TS-TAF).

13.3 Stando così le cose, in assenza di una nota dettagliata, il collegio giudicante determina un'indennità di fr. 1'500, posta a carico dell'UAIE.

14.

La presente sentenza viene notificata formalmente ai sensi di legge esclusivamente agli avv. Errico e Papadia in qualità di patrocinatori (doc. TAF 1,3,5). Al patronato ENCAL il giudizio viene trasmesso solo per conoscenza, senza conseguenze giuridiche.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata la decisione dell'8 marzo 2016, gli atti sono rinviati all'UAIE affinché proceda al complemento dell'istruttoria ai sensi dei considerandi ed emani una nuova decisione sul grado di invalidità di A._____.

2. Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 800, già corrisposto dalla ricorrente, verrà restituito allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

3. L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 1'500.- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentanti della ricorrente (raccomandata con avviso di ricevimento)
- Patronato ENCAL-INPAL (raccomandata)
- autorità inferiore (n. di rif. [...]); raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata)

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Oliver Engel

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 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