



Corte III
C-2732/2013

Sentenza del 15 giugno 2015

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Franziska Schneider, Christoph Rohrer,
cancelliera Anna Röthlisberger.

Parti

A. _____,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, diritto alla rendita (decisione
del 25 marzo 2013).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il (...) 1960, coniugata con tre figli, ha lavorato in Svizzera dal 13 dicembre 2005 presso la B._____ di C._____, mentre in qualità di assistente di persone anziane e governante presso la famiglia D._____ dal 1° aprile 2007 al 31 maggio 2011, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 1, 3 [pag. 3] e 7 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone E._____ [UAI del Canton E._____], doc. A 1, 3 [pag. 3] e 7).

B.

Il 15 gennaio 2010 l'assicurata ha subito un infortunio all'occhio sinistro, che è stato annunciato all'F._____ di C._____ il 19 gennaio 2010 (doc. 17 pag. 2 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE], doc. B 17 pag. 2), la quale ha assunto il caso.

Dapprima ricoverata presso l'ospedale di G._____, poi trasferita all'H._____ di E._____ dove è stata operata d'urgenza per "esplorazione chirurgica del bulbo oculare di sinistra con riposizionamento di sclera, cornea e iride" (doc. A 5 e doc. B 13, 18 [pag. 11] e 23), è stata dimessa il 20 gennaio 2010 (doc. B 55 pag. 1).

I medici curanti hanno attestato un'inabilità lavorativa completa dal 16 gennaio 2010 al 12 febbraio 2010 ed in seguito un'inabilità lavorativa parziale al 60% dal 13 febbraio 2010 al 3 marzo 2010 (doc. A 1 pag. 3; cfr. anche doc. B 13 [pag. 2], 18 [pagg. 13, 14, 15 e 17], 22 e 55 [pag. 1]).

C.

Dopo l'infortunio A._____ ha potuto mantenere, fino al 31 maggio 2011 (doc. B 28), l'attività precedentemente svolta presso la famiglia D._____ consistente nella cura di I._____, garantendo la presenza al 100%. La signora J._____, in veste di datrice di lavoro, ha tuttavia dichiarato che, a causa del danno alla salute, i compiti hanno dovuto essere adeguati, in quanto la dipendente non era più in grado di occuparsi dei lavori domestici e delle cure lunghe e pesanti (cfr. questionario per il datore di lavoro [doc. B 19 pagg. 2, 3, 5 e 7] e doc. B 28, 15 [pagg. 3 e 4], Protocollo del 20 aprile 2012 [pag. 3], 8 [pagg. 3 e 4] e 53).

D.

D.a Nell'anno successivo all'operazione l'assicurata è stata visitata ogni uno/due mesi presso la K. _____ (H. _____ di E. _____, doc. 4 allegato al doc. TAF 1) e dal dott. L. _____ per le lenti a contatto (doc. 5 allegato al doc. TAF 1).

D.b Il 4 agosto 2010 i dott.ri M. _____ e N. _____ dell'H. _____ (doc. B 18 [pagg. 9 e 10] e 24) hanno rilevato che l'assicurata si lamentava di dolori e bruciore all'occhio sinistro, mentre da un profilo obiettivo hanno riscontrato "OS hoher Astigmatismus, gezogene Pupille, Irisatrophie traumabedingt. Vordere Synechie" e posto la diagnosi di "St.n. Bulbusexploration, Sklera- und Hornhaut, Irisreposition am 16.01.2010 bei St.n. penetrierender Hornhaut und Sklaverletzung mit Irisprolaps". Hanno inoltre precisato che l'incapacità lavorativa non era ancora determinabile sia per quanto riguardava l'attività abituale che in attività adatte, che il decorso non era ancora chiaro e indicato che l'interessata doveva recarsi presso un ottico per delle lenti a contatto e terapia locale con O. _____.

D.c Il 2 febbraio 2011 l'assicurata è stata visitata dalle dott.sse P. _____ e Q. _____ dell'H. _____, le quali il 4 febbraio seguente hanno posto la diagnosi oftalmologica di: "Status nach Sklera und Hornhautverletzung mit Irisprolaps 15.1.2010. St.n. Bulbusexploration und Hornhautnaht am 16.1.2010. Aktuell: rezidivierende periorbitale Schmerzen" e hanno indicato che l'interessata presentava sinechie anteriori e posteriori a ore 7, lamentava dolori preorbitali recidivanti intorno all'occhio fino al naso e forti dolori occipitali, che una soluzione della sinechia non era indicata dal momento, che erano da aspettarsi ulteriori dolori e consigliavano la cura del dolore attraverso l'assunzione di medicinali antidolorifici (doc. A 8 pagg. 5 e 6 e doc. B 14, 25 e 57).

D.d Il 14 febbraio 2011 la dott.ssa Q. _____ dell'H. _____ (doc. B 18 pag. 6) ha risposto ai quesiti sottopostile dall'F. _____ ribadendo la diagnosi già espressa e concludendo che in merito agli occhi non ci si doveva aspettare un peggioramento, che i dolori preorbitali e occipitali non erano verosimilmente in diretta relazione con il ferimento dell'occhio e che era impossibile pronunciarsi sulla durata.

E.

Il 7 marzo 2011 l'assicurata ha formulato, all'attenzione dell'UAI del Canton E. _____, una domanda volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. A 1).

L'8 marzo 2011 le dott.sse P._____ e Q._____ dell'H._____ (doc. B 18 [pagg. 4 e 5] e 26) hanno posto la diagnosi di status dopo intervento all'occhio sinistro come già indicato il 4 febbraio precedente, e precisato, all'attenzione dell'F._____, che a quel momento vi era una corretta condizione oftalmologica con dolori preorbitali e occipitali recidivanti per i quali però non era prevista nessuna terapia ("operativ aktuell keine Therapiemöglichkeiten") e veniva consigliata pertanto l'assunzione di medicinali contro il dolore. Oftalmologicamente non era previsto alcun intervento.

Il medico curante dott. R._____, medico generico, nel formulario del 20 marzo 2011 (doc. A 8 pagg. 1-4 e doc. B 15), ha indicato all'attenzione dell'UAI del Canton E._____, che l'attività abituale era esigibile con un rendimento ridotto e che la capacità lavorativa in altre attività lavorative andava valutata da un oftalmologo o eventualmente da uno specialista del dolore (cfr. anche doc. A "Protokoll per 19 aprile 2012" pagg. 2, 3 e 4).

F.

Il 31 maggio 2011 è cessato il rapporto di lavoro presso la famiglia D._____ (doc. B 20).

G.

Con decisione del 19 settembre 2011 l'UAI del Canton E._____ ha riconosciuto a A._____ il diritto di percepire indennità giornaliera dal 10 ottobre al 20 novembre 2011 in occasione della prova di lavoro (doc. A 14, cfr. anche doc. A 13 e 15). Il provvedimento professionale eseguito tramite la ditta S._____ di T._____ è stato interrotto prematuramente il 25 ottobre 2011 in quanto era chiaro alla consulente per l'integrazione professionale U._____ che l'interessata, nonostante l'impegno e la motivazione dimostrata, non avrebbe raggiunto gli obiettivi a causa dell'aumento dei dolori all'occhio sinistro e il senso di vertigini/capogiro che sopraggiungevano eseguendo lavori per i quali un controllo visivo ed una certa concentrazione erano necessari. Ella necessitava infatti di numerose pause per lenire questi dolori, assumeva medicinali contro i dolori e, oltre a portare occhiali scuri, necessitava di riposarsi in angoli scuri o nella sala-pausa (doc. A 20 pagg. 2 e 3 e "Protokoll per 19 aprile 2012" pag. 5).

Con provvedimento formale del 22 novembre 2011 l'UAI del Canton E._____, preso atto dell'interruzione della prova di lavoro, ha soppresso il diritto dell'assicurata di percepire indennità giornaliera (doc. A 22).

H.

Con progetto di decisione del 22 novembre 2011 l'UAI del Canton E. _____ ha negato a A. _____, conto tenuto del suo stato di salute, il diritto a provvedimenti professionali e indicato che avrebbe esaminato il diritto alla rendita (doc. A 23).

Con decisione del 16 gennaio 2012, in assenza di osservazioni da parte dell'interessata, l'UAI del Canton E. _____ ha confermato il progetto del 22 novembre 2011 (doc. A 25).

I.

I.a In seguito alla partenza per l'estero dell'assicurata con scritto del 20 aprile 2012 l'UAI del Canton E. _____ ha trasmesso gli atti all'UAIE per competenza (doc. A 28 e doc. B 1).

Per stabilire il diritto di A. _____ ad una rendita d'invalidità, il dott. V. _____ del Servizio medico regionale (SMR), specialista FMH medicina generale, ha ritenuto insufficienti le informazioni mediche in suo possesso (doc. B 13-28). Ha pertanto indicato la necessità di un esame oftalmologico datato di al massimo tre mesi (doc. B 29 e 30), che l'UAIE ha chiesto all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS). L'ente è stato invitato a trasmettere anche un rapporto medico sullo stato di salute attuale dell'assicurata redatto sul modello ufficiale E 213 (doc. B 30).

I.b Il formulario E 213 del 18 settembre 2012 (doc. B 37), compilato dalla dott.ssa W. _____, la cui specializzazione non risulta dagli atti, riporta la diagnosi di: "O.D. nella norma (visus naturale 6/10; corretto 10/10). O.S. visus naturale 1/10; corretto 7/10). Esiti di ferita perforante bulbare; iridodialisi ore 7, astigmatismo misto elevato con anisometropia e visione in parte distorta, fotofobia per alterazioni pupillari [malattie del globo oculare, codice ICD 360]" (doc. B 37 pag. 9; cfr. anche visita oculistica del X. _____ di Y. _____, effettuata dal dott. Z. _____, specialista oculista, il 10 settembre 2012 [doc. B 38]). Il medico ha indicato che l'interessata presentava un'invalidità del 35% nell'attività abituale (doc. B 37 pagg. 5 e 11), le condizioni rispetto alla precedente visita erano migliorate, l'assicurata era in grado di svolgere regolarmente lavori pesanti, era autonoma nell'esercizio della sua attività professionale sul posto di lavoro come a domicilio, poteva svolgere a tempo pieno l'ultimo lavoro così come un lavoro adeguato, ma non era in grado di lavorare ad uno schermo. Ha aggiunto che le condizioni di salute avrebbero potuto migliorare (doc. B 37 pagg. 9 a 12).

Sono pure stati trasmessi due certificati medici praticamente illeggibili che non si pronunciano sulla capacità lavorativa (doc. B 39 e 41).

I.c Alla luce della documentazione acquisita agli atti (doc. B 42) il dott. V._____, medico SMR, medico generico, nel proprio rapporto finale del 20 novembre 2012 (doc. B 43), ha diagnosticato: "état après traumatisme du globe oculaire gauche: S05.6", il quale non influiva sulla capacità lavorativa. Il medico ha spiegato che l'incidente all'occhio sinistro non ha lasciato alcun postumo funzionale e non giustificava quindi un'incapacità lavorativa di lunga durata. Ha ritenuto che né la fotofobia, né la leggera diminuzione dell'acuità visiva dell'occhio sinistro (con un occhio destro perfettamente funzionale) comportavano limitazioni nell'attività abituale o nell'attività adeguata o nei lavori domestici, rispettivamente nelle mansioni consuete.

J.

J.a Con progetto di decisione del 30 novembre 2012 (doc. B 44) l'UAIE, sulla base del rapporto finale SMR del 20 novembre 2012 (doc. B 43), ha respinto la domanda di prestazioni per l'invalidità formulata da A._____. L'amministrazione ha considerato che non risultava un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno e che, malgrado il danno alla salute, l'esercizio di un'attività lucrativa era esigibile "in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita". In particolare ha addotto che "nessun postumo funzionale risulta dalla ferita accidentale all'occhio sinistro e non giustifica quindi un'incapacità lavorativa di lunga durata. In effetti, né la fotofobia né la leggera diminuzione d'acuità visiva dell'occhio sinistro (con un occhio destro perfettamente funzionale) inducono limitazioni nell'ultima attività lavorativa né nelle mansioni consuete".

Con scritto del 20 febbraio 2013 (doc. B 53 [cfr. doc. B 53-63]) l'assicurata ha trasmesso la seguente documentazione:

- la valutazione medico-legale del 19 febbraio 2013 redatta dal dott. AA._____, neurochirurgo, dottorando di ricerca in oncologia medica e chirurgica ed immunologia clinica (doc. B 63), il quale ha concluso che "la presenza di aderenze interne ed esterne in conseguenza della contrazione dell'iride possono cagionare dolore per trazione della cicatrice e della cicatrice sui tessuti circostanti. Il nesso causale è soddisfatto in tutti i suoi criteri principali. In virtù della sintomatologia riferita dalla paziente, degli esami clinico e strumentali, facendo riferimento nel

sistema di valutazione del danno biologico italiano omologato a quelli di prassi utilizzati negli stati membri CEE, la ITT (Invalidità temporanea totale) può essere valutata in giorni 40, la ITP (Invalidità temporanea parziale) in giorni 120 al 50%. Il danno biologico può essere valutato nella percentuale del 20%";

- gli esami effettuati dal BB. _____: ecografia dell'occhio il 7 gennaio 2013 (doc. B 60), test neurologico e test glaucoma (doc. B 61), nonché l'esame neurologico del 15 gennaio 2013 effettuato presso l'CC. _____ (doc. B 62);
- gli atti medici immediatamente successivi all'infortunio riguardanti la degenza presso l'H. _____, già agli atti, segnatamente il certificato d'uscita dal medesimo (doc. B 55), il rapporto relativo alla visita effettuata il 30 giugno 2010 (doc. B 56), quella del 2/4 febbraio 2011 (doc. B 57), la diagnosi dell'8 marzo 2011 (doc. B 58) e lo scritto del 19 giugno 2012, mediante il quale l'H. _____ trasmetteva all'UAI del Canton E. _____ i propri atti (doc. B 59);
- la decisione dell'UAI del Canton E. _____ del 16 gennaio 2012 (doc. A 25 e B 54) con cui è stato negato il diritto dell'interessata di usufruire di provvedimenti professionali;
- la relazione dettagliata del datore di lavoro del 13 gennaio 2013 (doc. B 53 pagg. 2 e 3).

Il dott. V. _____ del SMR, medico generalista, invitato ad esprimersi sulla documentazione trasmessa in sede di osservazioni al progetto, ha ritenuto che la stessa non portava alcun nuovo elemento oggettivo e precisato che le lamentele soggettive indicate nella lettera dell'ex datore di lavoro erano solo parzialmente spiegabili da costatazioni oggettive. Ha quindi confermato le conclusioni già espresse nel rapporto finale del 20 novembre 2012 (doc. B 65).

J.b Sulla base del rapporto finale del dott. V. _____, nonché riprendendo le motivazioni già indicate nel progetto, con decisione del 25 marzo 2013 l'UAIE ne ha confermato il tenore, respingendo la domanda di rendita formulata da A. _____ (doc. B 66).

K.

Il 10 maggio 2013 l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale

amministrativo federale (TAF) contro la succitata decisione (doc. TAF 1). La ricorrente chiede, in via principale, l'annullamento della decisione emanata dall'UAIE il 25 marzo 2013 ed il riconoscimento di una rendita intera a far tempo dal 7 marzo 2011 e, in via subordinata, un completamento istruttorio. Chiede inoltre un'indennità per spese ripetibili.

A. _____ sostiene in particolare che l'incapacità al guadagno è già stata accertata dal dott. DD. _____ (recte: consulente per l'integrazione professionale, doc. A 25 e B 25) il 16 gennaio 2012, allorquando è stato soppresso il diritto a provvedimenti professionali in seguito alla sospensione della prova di lavoro per motivi di salute (ossia a due anni di distanza dall'infortunio e pertanto "è evidente che l'incapacità al guadagno perdurava dal mese di gennaio 2010, data dell'infortunio" [pag. 4 del ricorso]), che la decisione impugnata è priva di motivazione e che è stata emanata in seguito ad un'istruttoria carente (mancanza in particolare di una visita medica [pag. 6 del ricorso]).

Riferendosi al proprio stato di salute indica che non ha mai potuto usare le lenti prescritte a causa dei forti dolori all'occhio (pag. 2 del ricorso) e che "accusa tuttora dolori persistenti che la costringono ad assumere farmaci senza alcun risultato e che non le consentono di svolgere neppure le normali occupazioni domestiche" (pagg. 2 e 3 del ricorso). Inoltre, richiamando la perizia del dottor AA. _____ asserisce che le aderenze cicatriziali anteriori e posteriori possono cagionare dolore per trazione della cicatrice sui tessuti circostanti (pagg. 6 e 7 del ricorso).

L.

Con risposta del 12 luglio 2013 (doc. TAF 3) l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. L'UAIE indica in particolare che l'incarto è stato sottoposto al dott. V. _____, il quale ha diagnosticato un "trauma penetrante della sclera, della cornea e prolasso dell'iride senza evidenti postumi di tipo funzionale" e che il medico INPS ha rilevato che "l'assicurata è in grado di svolgere lavori pesanti e che può svolgere a tempo pieno il suo ultimo lavoro in modo autonomo". Il servizio medico dell'UAIE ha quindi concluso che l'interessata è ancora in grado di svolgere l'ultima attività in misura completa od ogni altra attività. L'autorità di prime cure indica inoltre che l'assicurata in fase ricorsuale "non fa valere elementi suscettivi di infirmare la valutazione globale della situazione".

Con replica del 28 agosto 2013 (cfr. timbro postale [doc. TAF 6]) A. _____ contesta integralmente la risposta dell'autorità inferiore, chiedendo l'annullamento della decisione impugnata. L'interessata sostiene che l'UAIE si è fondato su documentazione medica risalente al periodo antecedente e non su un esame "diretto ed obiettivo della richiedente" dal quale sarebbe emersa la sintomatologia dolorosa di cui soffre. Richiamando il parere medico-legale del dott. AA. _____ ribadisce che le cicatrici degli interventi sulla sclera, sull'iride e sulla cornea causano un dolore costante e che la secchezza oculare con secrezione viscosa nemmeno è mai stata valutata dai medici dell'UAIE seppur già riferita nel febbraio del 2010. Sottolinea che il fallimento della prova di lavoro, che non è stato considerato dai medici SMR, dimostra la sintomatologia di cui soffre e che le impedisce di lavorare. Ella non capisce come, da un lato, non è stato possibile portare a termine la prova di lavoro per motivi di salute, mentre, dall'altro, i medici la ritengono abile al lavoro richiamando unicamente le diagnosi relative alla funzionalità dell'occhio antecedenti la prova di lavoro. L'esito negativo della prova di lavoro pertanto, a detta della ricorrente, "esclude che sussista la capacità lavorativa". La ricorrente adduce inoltre che la perizia dell'INPS è contraddittoria ed insufficiente per valutare le sue reali condizioni fisiche e che non è stata effettuata alcuna visita medica recente, anche se ne è stata indicata la necessità. Alla replica la ricorrente ha allegato il certificato medico del dott. EE. _____, specialista in oncologia, del 12 agosto 2013.

Con duplice del 18 settembre 2013 (doc. TAF 8), trasmessa alla ricorrente per conoscenza con provvedimento del 24 settembre 2013 (doc. TAF 9), l'UAIE osserva, preso atto della replica e del certificato medico ivi allegato, che A. _____ non fornisce alcun nuovo elemento atto a riconsiderare la risposta del 12 luglio 2013.

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 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile. Inoltre, con versamento del 14 ottobre 2013 (doc. TAF 11), 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 intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, segnatamente la capacità lavorativa residua dell'assicurata che secondo quest'ultima è nulla in seguito, tra l'altro, ai dolori all'occhio di cui soffre, mentre per l'UAIE è totale.

4.

4.1 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.

4.2 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).

4.3 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.

4.4 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).

5.

5.1 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).

5.1.1 La ricorrente ha presentato la domanda di prestazioni il 7 marzo 2011, il diritto alla rendita sorge pertanto al più presto il 1° settembre 2011 (sei mesi dopo l'inoltro della domanda, art. 29 cpv. 1 LAI).

Ne discende che in concreto si applicano, da un lato, le disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2011, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro, e per il periodo successivo, 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).

5.1.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 25 marzo 2013. 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 25 marzo 2013. 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).

6.

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

- essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA 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. A 7 pag. 3).

7.

7.1 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.

7.2 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).

7.3 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).

8.

8.1 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 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF

132 V 423 consid. 6.4.1; 130 V 253 consid. 2.3 e sentenza del TF I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 con rinvii).

8.2 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).

9.

9.1 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).

9.2 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 MOSMANN, 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).

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).

10.

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).

11.

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.

12.

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).

13.

In concreto va stabilito se la documentazione medica su cui si è fondata l'amministrazione per respingere la domanda di rendita è fedefacente. La ricorrente ritiene infatti che alla luce del fallimento della prova di lavoro e della documentazione medica da lei trasmessa, in particolare il rapporto del dottor AA._____, si deve ammettere che non è data alcuna capacità lavorativa.

13.1 L'autorità inferiore, fondandosi sui rapporti medici del dottor V._____ – che si è basato a sua volta sul referto E 213 dell'INPS redatto dalla dottoressa W._____ – secondo cui l'infortunio non avrebbe lasciato alcun postumo funzionale, ha stabilito che l'assicurata non ha avuto durante un anno un'incapacità al guadagno di almeno il 40% in media (doc. B 43 e 65, consid. I e J).

13.2 Per i motivi esposti di seguito le conclusioni suesposte, tra l'altro redatte da medici che non dispongono della specializzazione in oftalmologia, non possono essere condivise in quanto non conformi alla giurisprudenza sulla fedefacenza delle perizie e pertanto non vanno poste alla base del presente giudizio.

13.3 In primo luogo va rilevato che il dottor V._____ non fa riferimento alcuno ai dolori (doc. A 8 [pagg. 5 e 6] e B 14, 25 e 57) di cui soffre l'assicurata – e pertanto neppure alle possibili conseguenze sulla capacità lavorativa – malgrado l'esistenza sia stata chiaramente attestata da tutti i sanitari che l'hanno visitata, da ultimo il dottor AA._____. Lo specialista in un rapporto piuttosto approfondito, ne ha in particolare spiegato in modo comprensibile l'origine. Dall'incarto emerge inoltre che i dolori erano all'origine dell'interruzione della prova di lavoro intrapresa dall'assicurata con grande impegno e che il medico curante aveva chiesto che fosse sottoposta a esame di uno specialista del dolore. A maggior ragione la questione doveva essere oggetto di studio approfondito da parte del medico incaricato.

In secondo luogo il rapporto medico dell'INPS (doc. B 37), su cui si fonda prevalentemente il medico SMR e quindi l'UAIE, è contraddittorio, indicando la dottoressa W._____, da un lato, che l'assicurata sarebbe in grado di svolgere a tempo pieno il suo ultimo lavoro, mentre, dall'altro, un'invalidità parziale del 35% in questa attività. Su questo punto il rapporto non è pertanto sufficientemente approfondito.

Già solo per questi motivi si deve concludere che la decisione impugnata si fonda su un accertamento incompleto dei fatti.

13.4

13.4.1 A proposito in concreto della capacità lavorativa residua dalla documentazione medica agli atti risulta in primo luogo che, nel periodo immediatamente seguente l'infortunio all'occhio sinistro, l'interessata ha avuto un'incapacità lavorativa totale, dal 16 gennaio al 12 febbraio 2010, e parziale al 60%, dal 13 febbraio al 3 marzo 2010 (consid. B).

13.4.2 Per il periodo posteriore al 3 marzo 2010 dagli atti emerge che da agosto 2010 a marzo 2011, i medici dell'H._____, centro d'oftalmologia, si sono occupati di visitare e monitorare l'assicurata, ma non si sono mai espressi con chiarezza sulla capacità lavorativa residua dell'assicurata. Quanto rilevato dai medici dell'H._____ si può così riassumere brevemente:

- 4 agosto 2010: l'incapacità lavorativa ed il decorso della guarigione dell'occhio sinistro non erano ancora chiari; i medici consigliavano l'utilizzo di lenti a contatto e rilevavano che la paziente lamentava dolori e bruciore all'occhio operato (doc. B 18 [pagg. 9 e 10] e 24);
- 2/4 febbraio 2011: una soluzione della sinechia non veniva indicata in quanto un intervento avrebbe potuto creare ulteriori dolori, mentre per i dolori già presenti veniva consigliata l'assunzione di antidolorifici (doc. A 8 [pagg. 5 e 6] e B 14, 25 e 57);
- 14 febbraio 2011: veniva indicato che non ci si doveva aspettare un peggioramento della situazione, che i dolori non erano verosimilmente in relazione diretta con l'infortunio e che era impossibile pronunciarsi sulla durata dei problemi all'occhio (doc. B 18 pag. 6);
- 8 marzo 2011: veniva indicato che la paziente presentava una corretta condizione oftalmologica e che per i dolori ancora presenti non si adottava alcuna terapia, ma solo l'assunzione di medicinali (doc. B 18 [pagg. 4 e 5] e 26).

13.4.3 Se è vero che i medici non si sono espressi chiaramente sulla capacità lavorativa residua dell'assicurata, è pur vero che dagli atti non si può certo dedurre, contrariamente a quanto fatto dall'UAIE, che essa fosse piena.

Al riguardo va infatti rilevato che il dottor R._____, medico curante dell'assicurata, ha dichiarato, all'attenzione dell'UAI del Canton E._____, che l'attività lavorativa nell'attività abituale era ancora esigibile in maniera ridotta (doc. A 8 [pagg. 1 a 4] e B 15) ed ha chiesto di interpellare, per la valutazione della capacità residua in attività adeguate, un oftalmologo o uno specialista del dolore.

Agli atti non vi è tuttavia alcun rapporto in tal senso (si confronti doc. B 16, 18 [pag. 2] e 27, in cui gli specialisti si sono limitati a indicare provvedimenti atti a far fronte alla fotofobia).

Le conclusioni del curante corrispondono del resto alle osservazioni concrete del datore di lavoro, il quale ha attestato ripetutamente che l'assicurata, malgrado la presenza al 100%, non poteva più occuparsi di tutte le incombenze che le erano state affidate prima dell'infortunio, soprattutto quelle pesanti e doveva riposarsi regolarmente (cfr. questionario per il datore di lavoro [doc. B 19 pagg. 2, 3, 5, 7] e doc. B 28, 15 [pagg. 3 e 4], Protocollo del 20 aprile 2012 [pag. 3], 8 [pagg. 3 e 4] e 53).

13.4.4 Che la capacità lavorativa non poteva essere considerata completa emerge altresì, come già accennato, dai provvedimenti di natura professionale posti in atto dall'UAI del Canton E._____, il quale da inizio ottobre a metà novembre 2011 ha predisposto la già menzionata prova di lavoro. Il provvedimento, che era stato previsto per un periodo di sei settimane (periodo più breve rispetto a quello usualmente/normalmente preteso/eseguito), iniziato il 10 ottobre 2011 è stato interrotto già il 25 ottobre seguente a causa dei dolori e delle vertigini di cui soffriva l'assicurata, nonché delle frequenti pause di cui necessitava e dei medicinali assunti.

In particolare la responsabile dell'esecuzione del provvedimento professionale accordato alla ricorrente, nel rapporto di chiusura relativo all'accertamento professionale ha dichiarato (doc. A 20 pag. 3): "Frau A._____ versuchte sehr motiviert und mit viel Einsatzwille die Arbeiten auszuführen. Bereits am ersten Tag zeigte sich jedoch, dass die seriellen Arbeiten (eher im feinmotorischen Bereich) durch die visuelle Kontrolle ihr viel Konzentration abverlangten und dadurch die Schmerzen anstiegen. Wie bereits erwähnt stellte die helle Kunstlichtbeleuchtung ein zusätzliches Problem für

Frau A._____ dar, so dass wir den Einsatz im Gastronomiebereich vorzogen. Trotzdem zeigte sich rasch, dass auch in diesem Bereich nur wenige Arbeiten im Reinigungsbereich möglich waren. Die vielen benötigten Pausen (Schmerzen, Schwindel bis sich übergeben) reduzierten die Einsatzmöglichkeiten entsprechend, eine Verbesserung der Situation zeigte sich nicht, so dass die Massnahme vorzeitig beendet wurde".

Nonostante l'esito negativo e malgrado l'amministrazione, nella decisione di rifiuto di provvedimenti integrativi, abbia indicato che avrebbe esaminato il diritto alla rendita, non è stato chiesto ad alcun perito di determinarsi in merito alla residua capacità lavorativa dell'interessata. Al contrario, alla luce della conclusione cui è giunto, sembra che il dottor V._____ abbia semplicemente ommesso di considerare l'esito chiaro della prova, posta in atto dalla stessa amministrazione (doc. B 43 [cfr. anche doc. B 29]).

Alla luce di quanto sopra esposto, risulta pertanto verosimile, contrariamente a quanto indicato dal dottor V._____, che la capacità lavorativa dell'assicurata era semmai ridotta, non certo piena. Anche da questo punto di vista non si può pertanto ritenere che il medico si sia fondato su atti completi e concludenti al fine di determinare la capacità lavorativa residua dell'assicurata.

13.4.5 Anche la documentazione medica prodotta dalla ricorrente concorre infine a mettere in discussione le conclusioni dell'UAIE e del proprio medico, pure non permettendo di accertare la capacità lavorativa residua.

In particolare, la ricorrente ha trasmesso sia in sede amministrativa che ricorsuale, la valutazione medico-legale del 19 febbraio 2013 approfondita e motivata, redatta dal dott. AA._____, neurochirurgo, dottorando di ricerca in oncologia medica e chirurgica ed immunologia clinica, che spiega la probabile origine dei dolori oculari. Secondo il medico, "Data la sintomatologia riferita dalla paziente è possibile ipotizzare che la cicatrice schermi la visione periferica e cagioni l'alone trasparente periferico riferito dalla Sig.ra A._____. Tale sintomatologia non sembra subire grossi miglioramenti anche con lenti appositamente confezionate. La presenza di aderenze interne ed esterne in conseguenza della contrazione dell'iride possono cagionare dolore per trazione della cicatrice e della cicatrice sui tessuti circostanti" (doc. B 63 pag. 5).

14.

Alla luce di quanto sopra esposto si deve concludere che la questione della

residua capacità lavorativa dell'assicurata è stata accertata in maniera carente dall'autorità di prima istanza. Nell'incarto vi sono infatti indizi concreti atti a mettere chiaramente in dubbio l'affidabilità delle valutazioni del medico SMR, il quale si è pronunciato senza disporre di tutti gli elementi necessari. Agli atti medici non può pertanto essere attribuita piena forza probatoria.

La decisione di rifiuto di prestazioni si fonda pertanto su un accertamento incompleto dei fatti e va annullata, mentre il ricorso dev'essere accolto.

15.

15.1 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).

15.2 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 esperita da un oftalmologo e da uno specialista del dolore, atti del tutto carenti in concreto (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in cui l'accertamento di un aspetto è del tutto carente, DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; 139 V 99 consid. 1.1) 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.

15.3 Occorre pure rilevare che in seguito al rinvio degli atti, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a sfavore dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che con la decisione impugnata l'autorità inferiore ha respinto la domanda di rendita.

16.

16.1 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 14 ottobre 2013, è restituito alla ricorrente.

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

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto nel senso che la decisione impugnata del 25 marzo 2013

è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 400.-, corrisposto con versamento del 14 ottobre 2013, sarà restituito alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

3.

Non si assegnano spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Michela Bürki Moreni

Anna Röthlisberger

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., 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: