



Corte III
C-449/2012

Sentenza del 25 aprile 2013

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Franziska Schneider, Beat Weber,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avv. Luigi Potenza, via della Repubblica 23,
IT-73054 Presicce,
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 invalidità (decisione del 29 novembre 2011).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadina italiana nata il ..., coniugata, ha lavorato in Svizzera dal 1988 al 1999, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Dopo il suo rientro in Italia, avvenuto nel 1999, l'assicurata non ha più svolto nessuna attività lucrativa, dedicandosi ai lavori della propria economia domestica. Il 30 giugno 2008, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una domanda di rendita d'invalidità svizzera, la cui istruzione ha permesso di evidenziare la diagnosi di sindrome ansioso-depressiva con disturbi da attacchi di panico, di cardiopatia ipertensiva, d'artrosi delle mani e dei piedi, di sovrappeso e di esiti da isterectomia. Con progetto di decisione del 10 novembre 2008 e decisione del 13 gennaio 2009, l'UAIE ha respinto la domanda di rendita in difetto di un'incapacità lavorativa media sufficiente. Contro questa decisione l'assicurata ha inoltrato ricorso a questo Tribunale, che lo ha parzialmente accolto mediante sentenza dell'8 marzo 2010, disponendo il rinvio dell'incanto all'UAIE per eseguire, in particolare, una perizia psichiatrica approfondita (doc. 1 a 79). Questa sentenza è cresciuta in giudicato senza essere stata impugnata.

B.

Nel prosieguo della procedura l'UAIE ha acquisito, tra gli altri, i documenti seguenti:

- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica, del 14 giugno 2010 (doc. 86), dal quale si evince, in particolare, che l'economia domestica dell'assicurata si compone di tre persone, viventi in uno spazio di sette locali e mezzo, e che le mansioni casalinghe vengono svolte in parte dall'assicurata con l'ausilio di membri della sua famiglia e di persone esterne, durante otto ore alla settimana,

- il questionario per l'assicurato, del 14 giugno 2010 (doc. 87), da cui traspare che l'interessata non lavora più dal giugno 1999, data del suo rientro in Italia, che è stata da ultimo attiva in Svizzera come addetta alle pulizie, cinque ore al giorno e trenta alla settimana, con un salario di Fr. 21.- all'ora e 2'000.- al mese, e che già nell'aprile 1998 aveva dovuto interrompere il suo lavoro per ragioni di salute e subire in seguito un intervento chirurgico,

- un rapporto ospedaliero italiano del 28 luglio 2010 (doc. 88), in cui è rilevata in sostanza una dolenzia diffusa con quadro simile ad una fibromialgia,

- una relazione socio-sanitaria italiana del 5 agosto 2010 (doc. 89), diagnosticante una sindrome ansioso-depressiva con disturbi da conversione, dei disturbi da attacchi di panico ricorrenti in trattamento farmacologico ed un'obesità marcata, la prognosi essendo imprecisa vista la cronicità delle condizioni psicopatologiche, le quali comportano comunque una limitazione significativa del rendimento lavorativo e della vita relazionale,

- una perizia particolareggiata E 213 del dott. B._____, medico dell'INPS, del 9 agosto 2010 (doc. 90), diagnosticante, nel quadro di condizioni di salute peggiorate, una sindrome ansioso-depressiva con disturbi da attacco di panico, una cardiopatia ipertensiva, un'artrosi delle mani e dei piedi nonché un'obesità, e nella quale è precisato che l'assicurata è in grado di svolgere lavori leggeri senza controindicazioni, ma non più il suo ultimo lavoro, il grado d'invalidità essendo valutato, secondo criteri propri del diritto italiano, al 60%.

C.

L'UAIE ha quindi sottoposto l'incarto alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona del dott. C._____, il quale ha espresso la necessità, il 29 ottobre 2010 (doc. 93), di eseguire una perizia psichiatrica in Svizzera. Dal canto suo, la dott.ssa D._____, pure medico dell'UAIE, ha precisato, il 10 novembre 2010 (doc. 95), che bisognava eseguire contemporaneamente un esame dettagliato reumatologico e cardiologico. L'UAIE ha commissionato l'esecuzione della perizia pluridisciplinare al Servizio d'accertamento medico (SAM) di Bellinzona.

Il rapporto peritale è stato redatto dalle dott.sse E._____, e F._____ il 23 agosto 2011 (doc. 116), sulla base dei rispettivi rapporti dei dottori G._____, reumatologo, del 3 maggio 2011 (doc. 111), H._____, neurologo, del 4 maggio 2011 (doc. 113), I._____, psichiatra, e L._____, cardiologo, entrambi del 5 maggio 2011 (doc. 112 e 115), dopo l'esecuzione di accertamenti ambulatoriali avvenuti dal 2 al 5 maggio 2011.

Nella perizia è posta la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di alterazioni degenerative del rachide cervicale (bulging discale C5/6 e ernia discale C6/7), di sindrome mista ansioso-depressiva e d'ansia

episodica parossistica, come pure la diagnosi, senza una tale influenza, d'ipertensione arteriosa, di lieve sindrome del tunnel carpale bilaterale, di dolori diffusi al cingolo scapolare ed agli altri arti non spiegati da patologia neurologica, di sindrome algica generalizzata aspecifica, di decondizionamento muscolare, di piedi cavi bilaterali con alluce valgo prevalentemente a sinistra e dita a martello dalle due parti, di disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con ampia scoliosi sinistroconvessa toracolombare) e d'obesità (100 kg per una statura di 1.62 metri).

Nella perizia è valutata una capacità lavorativa globale del 70%, da febbraio 2008, vale a dire dall'inizio della cura psichiatrica presso il dott. M._____ (cfr. doc. 58 e 59), sia per l'attività d'ausiliaria delle pulizie che per quella di casalinga, la diminuzione del 30% della capacità lavorativa essendo intesa come riduzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa normale di otto o nove ore, e ciò soprattutto a causa della patologia psichiatrica e per motivi reumatologici. È peraltro precisato che le riduzioni del rendimento del 30% non devono essere sommate, ma integrate, nella misura in cui entrambe sono dovute ad una maggiore affaticabilità e lentezza, implicanti pause più frequenti durante il lavoro. Da un punto di vista prettamente reumatologico è osservato che l'assicurata può eseguire al 100% lavori confacenti, di cui sono descritti i limiti funzionali, mentre è dichiarata essere in grado di svolgere l'attività d'ausiliaria delle pulizie a tempo pieno, ossia per otto o nove ore al giorno, ma con una diminuzione del rendimento del 30% dal 19 novembre 2009, e del 10% dal 14 dicembre 2009, e le mansioni domestiche pure a decorrere da quest'ultima data e con una diminuzione del 10%.

D.

Il 30 agosto 2011 la dott.ssa D._____ si è pronunciata sul caso (doc. 118), riprendendo in toto le conclusioni del SAM relative alla diagnosi e all'incapacità lavorativa, dimodoché l'UAIE ha messo a punto un progetto di decisione il 1° settembre 2011 (doc.119), con il quale ha prospettato all'assicurata il rigetto della sua domanda di rendita, invitandola nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni. Dopo avere chiesto, ed ottenuto, una copia dell'incarto, l'assicurata, per il tramite del suo avvocato, ha trasmesso all'UAIE le proprie osservazioni il 14 novembre 2011, consistenti in una relazione del dott. N._____, chirurgo, in cui è riconosciuta in particolare un'incapacità lavorativa superiore al 40% (doc. 120 a 124).

La dott.ssa D._____ ha preso posizione sulla detta relazione il 25 novembre 2011 (doc. 126), rilevando che essa si limita a valutare diversamente la stessa situazione medica di quella documentata dal SAM, le cui conclusioni rimangono dunque valide. Di conseguenza, il 29 novembre 2011, l'UAIE ha emanato una decisione di rigetto della domanda di rendita presentata dall'assicurata nel 2008 (doc. 128).

E.

Contro questa decisione l'assicurata, rappresentata dal proprio avvocato, ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 20 gennaio 2012, chiedendo l'annullamento della stessa in quanto "assolutamente immotivata" e "ingiusta per quelle che sono le [sue] reali considerazioni di salute".

L'UAIE ha risposto al ricorso il 25 maggio 2012, chiedendone il rigetto con la conseguente conferma della decisione impugnata.

F.

La ricorrente ha replicato il 9 luglio 2012, producendo due rapporti medici, uno del dott. O._____, ortopedico, del 1° febbraio 2012, e l'altro del dott. N._____, psichiatra, del 13 marzo 2012, sui quali si è pronunciata la dott.ssa D._____ il 3 agosto 2012 (doc. 130), sottolineando che essi non presentano elementi che permettano di mettere in dubbio le conclusioni della perizia del SAM.

L'UAIE ha quindi brevemente duplicato il 7 agosto 2012, ribadendo l'esito da riservare al ricorso.

G.

Con decisione incidentale del 10 agosto 2012, questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.-, il quale è stato saldato l'11 settembre 2012. La ricorrente non ha peraltro più presentato osservazioni.

Diritto:**1.**

1.1 In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (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 portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (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, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. 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 Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

1.4 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 l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che

l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

2.

2.1 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra parte, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681).

2.2 L'Allegato II, che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto, del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato, a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI, dalla versione dell'Allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (RU 2002 1527, 2006 979 e 995, 2006 5851, 2009 2411 e 2421), in base alla quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: il Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RU 2004 121, 2008 4219, 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce dal 1° giugno 2002 o successivamente, e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del Regolamento n. 1408/71), ed il Regolamento (CEE) n. 574/71 del Consiglio, del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 2009 4845).

2.3 Secondo l'art. 3 del Regolamento n. 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'Allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore del presente Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II, 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 257 consid. 2.4).

2.4 Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003, consid. 2).

3.

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della stessa al momento della decisione impugnata, in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5^a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, si applicano quindi in concreto, ma non le norme della 6^a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603). Sono inoltre applicabili le disposizioni della LPGA, se e per quanto la LAI lo preveda (art. 2 LPGA).

4.

Il periodo di cognizione giudiziaria di questo Tribunale si estende fino al 29 novembre 2011, data della decisione avversata, visto che il giudice delle assicurazioni sociali deve analizzare, come appena ricordato al consid. 3, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, anche se può tenere conto dei fatti verificatisi dopo tale data, quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138 e 445, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a).

5.

La ricorrente contesta innanzitutto la validità formale della decisione dell'UAIE, sostenendo che la stessa sarebbe "assolutamente immotivata" e pertanto "inaccettabile".

6.

6.1 Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è prevista all'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale della Confederazione svizzera del 18 aprile 1999 (Cost, RS 101), comprende il diritto per l'assicurato di prendere conoscenza dell'incarto (DTF 132 II 485 consid. 3, 126 I 7 consid. 2b), di esprimersi prima che una decisione sia emessa nei suoi confronti, di produrre delle prove pertinenti, di partecipare all'amministrazione delle prove essenziali, di prenderne conoscenza e di potersi esprimere in

merito, allorquando questo è proprio ad influenzare la decisione da emanare (DTF 124 II 132 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata). Nel quadro della procedura amministrativa il diritto di essere sentito è consacrato dagli art. 26 a 28 (diritto di esaminare gli atti), dagli art. 29 a 33 (diritto di essere sentito *stricto sensu*) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata).

6.2 La giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito, definito dalle norme speciali di procedura (quali l'art. 35 PA), l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione, così da permettere ai destinatari ed a tutte le persone interessate di comprenderla e di impugnarla, ed in modo da rendere possibile all'autorità di ricorso adita di esercitare convenientemente il suo controllo (DTF 129 I 232 consid. 3.2, 126 I 97 consid. 2b, 122 IV 8 consid. 2c, 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006/ 2A.497/2006 del 15 ottobre 2007 consid. 5.1.1). Si è in presenza di una violazione del diritto di essere sentito se l'autorità non soddisfa al suo obbligo di esaminare e di trattare i problemi pertinenti (DTF 126 I 97 consid. 2b, 122 IV 8 consid. 2c). Per adempiere a tali esigenze è sufficiente che il giudice (o l'autorità) menzioni, almeno brevemente, i motivi sui quali ha fondato la sua decisione, in modo da permettere all'interessato di apprezzare la portata di quest'ultima e di impugnarla in piena conoscenza di causa (DTF menzionate). In generale, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla complessità della fattispecie da giudicare, dalla potenziale gravità delle conseguenze della decisione e dalle circostanze del singolo caso. Più la libertà d'apprezzamento dell'autorità è ampia e più la misura adottata arreca pregiudizio ai diritti dei singoli, più le esigenze legate alla motivazione della decisione devono essere elevate (DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza 2A.496/2006 / 2A.497/2006 precitata). Sebbene la motivazione debba fare emergere le riflessioni dell'autorità in merito agli elementi (di fatto o di diritto) essenziali che hanno influenzato la decisione, l'autorità non è comunque tenuta a pronunciarsi su tutti i fatti, le argomentazioni e i mezzi di prova invocati dalle parti, ma può limitarsi a quelli che, senza arbitrio, le sembrano decisivi per la risoluzione della causa (DTF 126 I 97 consid. 2b, 112 la 107 consid. 2b). È sufficiente che l'amministrazione indichi brevemente i motivi della decisione e quali sono gli elementi alla base di quest'ultima (DTF 124 V 180 consid. 1a, confermata con la sentenza del Tribunale federale del 9 maggio 2000, in re I., ed in Pra 2001, n. 71, consid. 1 a/bb).

6.3 Il diritto di ottenere una decisione motivata costituisce una garanzia costituzionale di natura formale, la cui violazione causa in principio

l'annullamento della decisione impugnata indipendentemente dalle possibilità di esito favorevole del ricorso nel merito (DTF 126 I 19 consid. 2d/bb, 126 V 130 consid. 2b, 122 II 464 consid. 4a e giurisprudenza citata). Eccezionalmente un'eventuale violazione del diritto di essere sentito può essere sanata allorquando l'autorità che ha emanato la decisione, ha preso posizione in merito alle argomentazioni decisive nel quadro dello scambio degli scritti e che l'amministrato ha avuto la possibilità di esprimersi liberamente di fronte ad un'autorità di ricorso che disponga di piena cognizione (DTF 133 I 201 consid. 2.2, 130 II 530 consid. 7.3, 126 V 130 consid. 2b, 124 V 389 consid. 5a e 180 consid. 4a).

6.4 In concreto, se la motivazione della decisione impugnata risulta effettivamente essere succinta, ciò non ha comunque impedito la ricorrente di comprenderne la portata e di deferirla all'istanza superiore. Nell'ambito del ricorso, infatti, ha potuto difendersi in maniera corretta, nella misura in cui è stata in grado di dedurre i fatti su cui la decisione si fonda e le ragioni per cui è stata pronunciata. Tuttavia, anche se la decisione fosse considerata non sufficientemente motivata, si rileva che tale carenza sarebbe sanata dal ricorso davanti a questo Tribunale, che dispone di un pieno potere d'esame (fatti e diritto).

Visto quanto precede, la censura della ricorrente in ordine all'insufficienza della motivazione e, quindi, alla violazione del suo diritto di essere sentita, deve essere respinta.

7.

La ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo implicitamente che le sia riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità.

8.

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, una cittadina italiana deve, cumulativamente, essere invalida ai sensi della legge svizzera ed avere versato contributi all'AVS/AI svizzera durante almeno tre anni (art. 36 LAI). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'UE o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 pag. 4065; art. 45 del Regolamento n. 1408/71).

In concreto, è pacifico che la ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

9.

9.1 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.

9.2 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'ALC, 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 svizzero o dell'UE e vi risiede.

9.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (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%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

9.4 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA 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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

9.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, 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, 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. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 pag. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

9.6 Occorre precisare che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete, e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 5 e 28 cpv. 2bis LAI e art. 8 cpv. 3 LPGA, art. 28a cpv. 2 LAI dal 1° gennaio 2008; metodo specifico). L'art. 27 OAI precisa che, per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica, s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

Per quanto riguarda la scelta del metodo di valutazione dell'invalidità di una persona assicurata che non esercita più un'attività lucrativa, si deve verificare quale sarebbe stata l'attività esercitata se non fosse subentrata l'invalidità. In altre parole, lo statuto dell'assicurato viene determinato

valutando se lo stesso, da sano, quindi se non fosse subentrato il danno alla salute, avrebbe consacrato l'essenziale del suo lavoro all'economia domestica o ad un'occupazione remunerata, e questo tenendo conto dell'evoluzione della situazione fino all'emanazione della decisione impugnata. L'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa va ammessa dove tale eventualità si presenti alla luce della situazione personale, familiare, sociale ed economica, con un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 133 V 504 consid.3.3, 125 V 150 consid. 2c e 117 V 194 consid. 3b).

10.

Il giudice delle assicurazioni sociali fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti). Egli deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 pag. 109).

11.

11.1 In concreto, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia E 213 del dott. B._____, medico

dell'INPS, del 9 agosto 2010 (doc. 90), dal rapporto peritale delle dott.sse E._____ e P._____, medici del SAM, del 23 agosto 2011 (doc. 116), e dalla presa di posizione della dott.ssa D._____, medico dell'UAIE, del 30 agosto 2011 (doc. 118), risulta la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di alterazioni degenerative del rachide cervicale (bulging discale C5/6 e ernia discale C6/7), di sindrome mista ansioso-depressiva e d'ansia episodica parossistica, come pure la diagnosi, senza una tale influenza, d'ipertensione arteriosa, di lieve sindrome del tunnel carpale bilaterale, di dolori diffusi al cingolo scapolare ed agli altri arti non spiegati da patologia neurologica, di sindrome algica generalizzata aspecifica, di decondizionamento muscolare, di piedi cavi bilaterali con alluce valgo prevalentemente a sinistra e dita a martello dalle due parti, di disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con ampia scoliosi sinistroconvessa toracolombare) e d'obesità (100 kg per una statura di centosessantadue centimetri).

Questa diagnosi è univoca agli atti e incontestata, dimodoché non vi sono motivi per scostarsene.

11.2 Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate, il dott. B._____ ha constatato, nella sua perizia E 213, che la ricorrente è in grado di svolgere lavori leggeri senza controindicazioni, ma non più il suo ultimo lavoro, il grado d'invalidità essendo valutato, secondo criteri propri del diritto italiano, al 60%.

Gli specialisti del SAM hanno invece valutato, nel loro rapporto peritale, una capacità lavorativa globale del 70% da febbraio 2008, vale a dire dall'inizio della cura psichiatrica presso il dott. M._____ (cfr. doc. 58 e 59), sia per l'attività d'ausiliaria delle pulizie che per quella di casalinga, intendendo la diminuzione del 30% della capacità lavorativa come riduzione del rendimento sull'arco di una giornata di lavoro normale di otto o nove ore, e ciò soprattutto a causa della patologia psichiatrica e per motivi reumatologici. I periti hanno specificato che le riduzioni del rendimento del 30% per le due attività non devono essere sommate, ma integrate, nella misura in cui entrambe sono dovute ad una maggiore affaticabilità e lentezza, implicanti pause più frequenti durante il lavoro. Dal punto di vista psichiatrico, nella perizia è rilevato che la riduzione del rendimento deriva dal fatto che la ricorrente presenta uno stato di patimento psichico, caratterizzato da una fragilità mentale iniziale aggravata da un'insufficiente capacità ad adeguarsi al contesto culturale svizzero, con episodi recidivanti d'ansia parossistica, patimento che non

può però essere considerato particolarmente destabilizzante, visto che le sedute di psicoterapia con il dott. M._____ avvengono una volta ogni tre mesi e che la loro frequenza non è stata aumentata. Dal lato reumatologico, nella perizia la riduzione del rendimento è imputata, in sostanza, ad un quadro algico tendenzialmente ubiquitario, prevalentemente diurno, d'intensità variabile, con la precisazione che sono presenti quindici dei diciotto punti fibromialgici positivi, ripartiti simmetricamente sulle parti superiore ed inferiore del corpo, ma anche due punti di controllo positivi, ciò che rivela il carattere aspecifico della sintomatologia algica generalizzata.

Questa valutazione medico-teorica della capacità lavorativa è stata confermata dalla dott.ssa D._____ il 30 agosto e 25 novembre 2011 (doc. 118 e 126), nonché, nell'ambito della presente procedura, il 3 agosto 2012 (doc. 130), rilevando ogni volta, in sostanza, l'assenza di nuovi elementi medici suscettibili di mettere in discussione le conclusioni chiaramente argomentate dei periti del SAM.

11.3 Tenuto conto di quanto precede, questo Tribunale non può che constatare, seguendo il parere dettagliatamente esposto dai periti del SAM e confermato dalla dott.ssa D._____, che, a decorrere da febbraio 2008, ossia dall'inizio della cura psichiatrica presso il dott. N._____, la ricorrente rivela un'incapacità lavorativa del 30%, dai punti di vista psichiatrico e reumatologico presi insieme, intesa come riduzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa di otto o nove ore, e ciò sia rispetto all'attività d'ausiliaria delle pulizie, sia rispetto a quella di casalinga. Questo Tribunale rileva peraltro che, in concreto, è giustificato determinare il grado d'invalidità riferendosi al limite percentuale della capacità lavorativa residua nell'ultima attività svolta (in tedesco, "Prozentvergleich"), visto che esso è notevole (70%) e che non è possibile realizzare un reddito più importante in attività sostitutive confacenti (DTF 114 V 310 consid. 3a; sentenza del Tribunale federale 9C_129/2008 del 7 agosto 2008 consid. 3.3.1).

12.

Di conseguenza, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

13.

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura,

le spese processuali sono poste a carico della ricorrente e compensate con l'anticipo versato l'11 settembre 2012.

In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Tenuto conto dell'esito della procedura, non si assegnano alla ricorrente indennità per spese ripetibili.

Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 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]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali sono poste a carico della ricorrente e compensate con l'anticipo versato l'11 settembre 2012.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

- al rappresentante della ricorrente (Raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata).

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

Rimedi giuridici:

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

Data di spedizione: