



Corte III
C-4816/2017

Sentenza del 3 ottobre 2018

Composizione

Michela Bürki Moreni, statuyente quale giudice unica
cancelliere Luca Rossi.

Parti

A. _____,
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 del 30 giugno 2017).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadina italiana nata il (...), residente in Italia, sposata dal 16 agosto 1978, ha lavorato in Svizzera presso differenti datori di lavoro da gennaio 1975 a dicembre 1994 (doc. 19, 31 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [in seguito UAIE]). A seguito del rientro in Italia, avvenuto secondo gli atti all'inizio del 1995, essa si è dedicata interamente all'attività di casalinga (doc. 31).

B.

B.a In data 15 dicembre 2016 l'assicurata, per il tramite dell'Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS) di B. _____ alla quale si era rivolta l'11 ottobre 2016, ha presentato all'UAIE una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 20) esibendo numerosi referti medici e infermieristici riguardanti problematiche di natura ortopedica, correlate all'artroprotesi all'anca destra eseguita nel mese di aprile 2016 e alla frattura del polso destro occorsa nel mese di luglio 2016, nonché altri disturbi quali l'obesità, il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa e la trombosi venosa, di cui si dirà, se del caso, nei considerandi in diritto (doc. 1-16).

È stata inoltre trasmessa la perizia medica particolareggiata E213 del 2 dicembre 2016 – nella quale l'assicurata è stata ritenuta idonea a svolgere lavori pesanti, senza problemi di deambulazione e in grado di continuare a svolgere sia l'attività di casalinga che una qualsiasi attività di sostituzione adatta allo stato di salute, nonostante l'invalidità riconosciuta in Italia (doc. 17) – nonché i formulari E204, E205 ed E207 del 12 dicembre 2016 (doc. 18, 19).

B.b L'autorità inferiore ha quindi chiesto all'assicurata la compilazione dei questionari "per assicurati occupati nell'economia domestica" e "per l'assicurato (UE)", entrambi trasmessi il 16 febbraio 2017 (doc. 30). L'insorgente ha inoltre prodotto ulteriore documentazione medica (doc. 24-29 – in parte già agli atti) e amministrativa, relativa alla richiesta di invalidità civile in Italia (doc. 23).

B.c L'incarto è stato quindi sottoposto alla dr.ssa C. _____, specialista in medicina interna del Servizio medico generale du Rhône (in seguito SMR), che sulla scorta della documentazione medica prodotta e dell'apprezzamento dell'invalidità del 12 aprile 2017 (da quest'ultima allestito secondo le

indicazioni fornite dalle cifre 3081 segg. della Circolare dell'UFAS sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità), ha segnalato nel rapporto del 12 aprile 2017 un'inabilità lavorativa nell'attività domestica del 20% a decorrere dalla data della frattura del collo del femore (doc. 32), per le ragioni di cui si dirà nel dettaglio più avanti.

C.

C.a Sulla scorta del parere del proprio medico, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni con progetto di decisione del 25 aprile 2017, avverso il quale l'interessata non ha sollevato obiezioni (doc. 33).

C.b Con decisione del 30 giugno 2017 l'UAIE ha confermato integralmente il proprio preavviso, avendo constatato un'incapacità di svolgere le mansioni consuete di casalinga del 20%, insufficiente, ai sensi dell'art. 28 LAI per poter beneficiare del diritto a una rendita d'invalidità e una capacità lavorativa completa in un'attività adeguata allo stato di salute.

D.

Con ricorso del 23 agosto 2017 A._____, ha sostanzialmente chiesto l'annullamento della decisione e l'accertamento del diritto alla rendita d'invalidità svizzera. Delle motivazioni e della documentazione medica prodotta, in parte già agli atti, si dirà, se del caso, nei considerandi in diritto (doc. TAF 1).

E.

Con decisione incidentale del 31 agosto 2017 la ricorrente è stata invitata a versare un anticipo di fr. 800.-, corrispondente alle presunte spese processuali (doc. TAF 2), che è stato saldato in parte l'11 settembre 2017 (doc. TAF 3-4), in parte il 3 ottobre 2017 (doc. TAF 8-9).

F.

Con osservazioni complete del 9 settembre 2017, a ulteriore conferma delle proprie allegazioni, la ricorrente ha trasmesso la documentazione relativa all'invalidità civile riconosciutale in Italia (doc. TAF 3).

G.

Con risposta del 2 novembre 2017, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione dell'impugnativa, rinviando alla presa di posizione del SMR dell'11 ottobre 2017, in cui la dr.ssa C._____ ha passato in rassegna la nuova documentazione e ribadito, in assenza di elementi oggettivi nuovi, la bontà delle conclusioni espresse nei precedenti rapporti (doc. TAF 11).

H.

Replicando, in data 18 novembre 2017 (doc. TAF 14), l'assicurata ha criticato le conclusioni della dr.ssa C. _____ e dell'UAIE ribadendo le proprie argomentazioni e riconfermandosi per il resto nella propria pretesa.

I.

L'autorità inferiore, dal canto suo, nella breve duplica del 5 dicembre 2017 ha mantenuto la propria richiesta di reiezione del ricorso (doc. TAF 16).

Diritto:**1.**

1.1 In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, 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).

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 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 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 l'acconto spese è stato regolarmente saldato (doc. TAF 11, 12, 14, 15, 17).

2.

2.1 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.

2.2 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).

2.3 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.

2.4 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).

2.5 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).

3.

3.1 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).

3.2 Contestata, in concreto, è la mancata assegnazione di una rendita di invalidità in seguito alla domanda presentata all'INPS l'11 ottobre 2016, e trasmessa all'UAIE il 15 dicembre 2016 (doc. 20). Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6^a revisione 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 fino alla pronuncia della decisione impugnata (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI).

4.

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 30 giugno 2017. 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 consid. 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).

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. 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.

Oggetto del contendere, nel caso concreto, è il mancato riconoscimento del diritto ad una rendita di invalidità con effetto al più presto dal 1° aprile 2017 (ossia sei mesi dopo il deposito della domanda di prestazioni presso l'INPS – cfr. doc. 20).

6.1 L'amministrazione ha infatti considerato che, malgrado il danno alla salute, l'esercizio dell'attività abituale di casalinga risulta esigibile in misura tale da escludere il diritto a una rendita.

6.2 A mente della ricorrente, per contro, gli accertamenti medici su cui si è fondata l'UAIE non terrebbero sufficientemente conto di tutte le patologie di cui essa è portatrice (attestate dai referti medici agli atti), del costante bisogno d'aiuto dei famigliari e dello statuto di invalida riconosciute dal diritto italiano (cfr. doc. TAF 5, 8).

7.

7.1 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.

7.2 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%.

7.3 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 LPGGA), 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).

7.4 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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

7.5 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.

8.

8.1 In deroga all'articolo 16 LPGGA, l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede 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 deve essere valutata in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (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.

8.2 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, in assenza del 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).

9.

9.1 Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 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).

9.2 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).

9.3

9.3.1 Di regola per accertare l'invalidità di assicurati che svolgono le proprie mansioni consuete si procede ad un'inchiesta in loco, che, se realizzata conformemente alle direttive amministrative dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS, cifra 3090 seg. della circolare concernente l'invalidità e la grande invalidità dell'assicurazione invalidità), costituisce in linea di principio una base adeguata e, di regola, sufficiente per accertare l'invalidità in questo ambito (SVR 2005 IV n° 21 p. 83 [I 249/04]). Per assergere a prova è essenziale che il rapporto di inchiesta sia stato stabilito da una persona qualificata con conoscenze della situazione locale e dei limiti che emergono dalle diagnosi mediche. Va tenuto conto delle indicazioni dell'assicurato e vanno indicate le eventuali opinioni divergenti dei partecipanti. Infine il testo del rapporto deve essere plausibile, motivato e redatto in modo sufficientemente dettagliato in relazione ai diversi limiti, e deve corrispondere alle indicazioni accertate sul posto (consid. 2.3.2 non pubblicato nella raccolta ufficiale, ma in VSI 2003 p. 221, di DTF 129 V 67 [I 90/02]; sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 693/06 del 20 dicembre 2006).

9.3.2 In caso di assicurati domiciliati all'estero (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-viellesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2011, N 2160) si ammette che la valutazione dell'invalidità venga eseguita, non tramite l'inchiesta, ma fondandosi su principi analoghi, con l'ausilio di un medico, il quale deve prendere posizione in modo circostanziato e dettagliato sui limiti adottati dalla parte interessata (sentenza del TF I 733/06 del 16 luglio 2007 consid. 4.2.2).

10.

10.1 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.

10.2 Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

10.3 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui 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).

11.

11.1 A fondamento della richiesta di prestazioni l'interessata ha trasmesso, sia in sede istruttoria che in corso di causa, numerosi atti medici che per praticità vengono qui di seguito elencati in ordine cronologico e suddivisi fra quelli relativi a una specifica patologia e quelli che descrivono in maniera globale lo stato di salute.

11.1.1 In relazione alle problematiche circolatorie e internistiche:

- Il rapporto di dimissione del 29 gennaio 2001 a seguito del ricovero presso l'Ospedale D. _____ avvenuto il 19 gennaio 2001 con la diagnosi di flebite vena femorale e flebite superficiale alla gamba [ICD 450.11, 451] (doc. 1 p. 1). In relazione a tale ricovero figurano anche i rapporti infermieristici (doc. 1 pp. 2-6), il referto di radiodiagnostica al torace del 22 gennaio 2001 (doc. 1 p. 7) e le prescrizioni mediche (doc. 13).
- Il rapporto del 1° febbraio 2001 del dr. E. _____ (doc. 15), il certificato del 2 aprile 2002 del dr. F. _____ (doc. 5) e il certificato del 1° febbraio 2016 (doc. 9) e del 10 luglio 2017 (allegato al doc. TAF

1) della dr.ssa G._____, le cui specializzazioni non sono note, attestanti che l'assicurata è in cura per trombosi venosa profonda, è curata con terapia anticoagulante orale ed esegue regolari controlli e visite specialistiche.

- I referti delle visite specialistiche del 17 aprile 2014 (doc. 7) e del 13 settembre 2016 (doc. 6) delle dr.sse H._____ e I._____, entrambe specialiste in endocrinologia e malattie del ricambio, nei quali viene attestata la presenza di diabete mellito di tipo 2, prescritta terapia medicamentosa e previste regolari visite di controllo.

11.1.2 In relazione alle problematiche ortopediche e traumatologiche:

- L'esame RX alla colonna lombosacrale e dorsale del 16 marzo 2002, dai quali sono emersi "lievi e iniziali segni di spondiloartrosi e riduzione dello spazio intersomatico L5-S1" nonché "diffusi segni di spondiloartrosi con becchi osteofitosici marginali e riduzione degli spazi intersomatici" (doc. 8).
- Il certificato del dr. J._____ del 23 giugno 2004 nel quale viene descritta la presenza di spondiloartrosi dorso-lombare, gonalgia destra e sospetta sindrome del tunnel carpale bilaterale. Raccomandazione di eseguire RX ginocchia sotto carico e EMG muscolare e regolari controlli medici (doc. 12).
L'esame RX alle ginocchia attestante una modesta artrosi bilaterale; la data e l'estensore del rapporto sono ignote (doc. 3).
- Il rapporto del 29 marzo 2016 (doc. 16 p. 6 = 25 p. 2), riguardante il ricovero d'urgenza presso il Pronto soccorso dell'Ospedale D._____ a causa del trauma cranico subito lo stesso giorno e per il quale è stata immediatamente eseguito l'esame TAC all'encefalo dal quale non sono emerse né lesioni ossee traumatiche né alterazioni densitometriche focali del tessuto cerebrale (doc. 16 p. 51). In tale occasione sono pure stati eseguiti gli esami RX alla colonna lombosacrale, al bacino, al femore destro, al torace (doc. 4 = 16 p. 52 = 25 p. 6), a seguito dei quali è stato ritenuto opportuno il ricovero dell'interessata (doc. 16 p. 6), in ragione della frattura del collo del femore destro; non sono per contro emerse altre lesioni ossee traumatiche e il fascio cardiovascolare è risultato nella norma.
- Il rapporto dimissioni dell'8 aprile 2016 dall'Ospedale D._____ a seguito dell'intervento di artroprotesi all'anca destra eseguito il 1°

aprile a seguito della frattura sottocapitata del femore destro (doc. 2 = 25 p. 7), da cui emerge un decorso regolare con deambulazione assistita (girello o bastoni), della prescrizione di terapia a base di farmaci e prognosi di 60 giorni. Sono state previste visite fisiatriche e ortopediche di controllo.

- Il rapporto del 9 giugno 2016 della dr.ssa K._____, medico chirurgo, che a seguito della visita di controllo propone di continuare con la terapia farmacologica in atto, evitando le sedie basse (doc. 26).
- Il rapporto del pronto soccorso dell'Ospedale D._____ del 28 luglio 2016 (doc. 10), nel quale è stata diagnosticata la frattura dell'epifisi distale del polso destro a seguito di una caduta accidentale per strada. Sono stati prescritti 35 giorni di incapacità lavorativa e l'assicurata è stata dimessa al domicilio con terapia conservativa (stecca di posizione e analgesici).
- Il rapporto del 2 febbraio 2017 del dr. L._____, specialista in ortopedia e traumatologia, che esaminando complessivamente lo stato dell'apparato locomotore dell'assicurata diagnostica: "spondiloartrosi lombare con limitazione funzionale, anca destra dolorosa in paziente operata di artroprotesi totale per frattura collo-femore, gonartrosi a destra, polso destro doloroso in esiti di frattura". Egli ritiene che a causa di tali affezioni l'interessata è severamente limitata negli atti della normale vita di relazione (doc. 24 e allegato a doc. TAF 1).

11.1.3 Sono stati inoltre prodotti i seguenti referti attestanti globalmente lo stato di salute dell'insorgente:

- Il certificato del 18 giugno 1996 del dr. M._____, medico chirurgo, che in ragione della grave obesità, della lieve ipertensione arteriosa e dell'artrite al rachide cervicale ha considerato l'assicurata impossibilitata a svolgere un'attività lavorativa (doc. 28).
- I certificati dell'11 febbraio 2001 (doc. 27) e del 15 marzo 2001 (doc. 14) del dr. M._____, medico chirurgo, che in ragione delle patologie riscontrate ritiene l'assicurata completamente impossibilitata al lavoro e necessitante di assistenza continua.

- Il certificato medico INPS del 27 settembre 2016 del dr. M. _____, che descrive le seguenti diagnosi: “cardiopatía ipertensiva con fibrillazione atriale in tao; pgressa trombosi venosa profonda all'anca destra; grave insufficienza venosa agli arti inferiori; diabete mellito di tipo 2; artroprotesi gamba destra; pgressa frattura femore destro e frattura polso sinistro (errata, ndr. destro); obesità; sindrome depressivo-ansiosa; grave artrosi del rachide cervicale dorsale lombare” (doc. 11).
- La perizia medica particolareggiata E213 del 2 dicembre 2016, nella quale il dr. N. _____, la cui specializzazione non è nota, ha posto la diagnosi di esiti di artroprotesi dell'anca destra in persona obesa e di recente frattura polso destro; diabete mellito ed ipertensione arteriosa in obesa, trattato farmacologicamente; pgressa trombosi agli arti inferiori in TAO e disturbo ansioso depressivo (codice ICD 13: “malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo”). Egli ha riferito di condizioni di salute migliorate e ritenuto l'interessata in grado di svolgere lavori pesanti, in autonomia sia in una professione adeguata che a domicilio. Ha poi indicato come esigibile a tempo pieno sia l'attività abituale, che un'attività lavorativa adeguata alle sue condizioni, precisando in ogni caso che in Italia essa viene considerata invalida all'80% (doc. 17).
- Il certificato del 3 agosto 2017 del dr. M. _____, nel quale certifica che l'assicurata è affetta da cardiopatía ipertensiva con fibrillazione atriale cronica in trattamento TAO, diabete mellito tipo 2, pgressa tromboflebite arti inferiori, poliartrosi del rachide Cervicale/Dorsale/Lombare, artroprotesi all'anca destra, coxartrosi e gonartrosi bilaterale, osteoporosi, pgressa frattura polso destro e femore destro (allegato al doc. TAF 1).

11.1.4 Vi è infine il rapporto della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità del 21 agosto 2017, nel quale sono state poste le diagnosi di: artroprotesi dell'anca destra con residua modesta limitazione funzionale; diabete mellito in trattamento con ipoglicemizzanti orali; ipertensione arteriosa e pgressa trombosi agli arti inferiori in trattamento con anticoagulanti (codice ICD250, 715, 6441, 6465, 7105, 7223). Nello stesso è stato riconosciuto un tasso di invalidità del 75% a partire dal 21 agosto 2017 (allegato al doc. TAF3).

11.2

11.2.1 La documentazione prodotta in corso di causa è stata sottoposta alla dr.ssa C. _____ (doc. 32). Nel rapporto finale SMR del 12 aprile 2017 essa ha posto la diagnosi principale (stato dopo intervento d'artroprotesi all'anca destra nell'aprile 2016) e le diagnosi secondarie, prive di influsso sulla capacità lavorativa (frattura del femore destro il 29 marzo 2016; frattura del polso destro il 28 luglio 2016; ipertensione arteriosa; diabete non insulino dipendente; trombosi venosa profonda nel 2001; FA cronica; insufficienza venosa dei membri inferiori; obesità; disturbi ansioso depressivi leggeri; poliartrosi). Riferendosi alla perizia E213 essa ha rilevato che al momento dell'esame clinico non sussistevano limitazioni funzionali dal punto di vista ortopedico, ma unicamente delle contratture muscolari riconducibili alla marcata eccedenza ponderale, ragione per cui l'assicurata era stata ritenuta abile a svolgere un'attività lavorativa adeguata in misura completa. La dr.ssa C. _____, alla luce degli accertamenti medici raccolti e dell'apprezzamento dell'invalidità riguardanti le persone impiegate nell'economia domestica (doc. 32 p. 4), ha quindi ritenuto l'assicurata portatrice di un'invalidità lavorativa del 20% nell'attività di casalinga a decorrere dalla data della rottura del collo del femore, ossia dal 29 marzo 2016.

11.2.2 La dr.ssa C. _____ è stata nuovamente chiamata ad esprimersi riguardo alla documentazione medica e assicurativa prodotta dall'insorgente in corso di causa. Nell'avviso SMR dell'11 ottobre 2017, essa ha in particolare osservato che il certificato del dr. G. _____ del 10 luglio 2017 non riferiva alcuna complicazione correlata ai trattamenti in atto e che la nota problematica di trombosi venosa profonda non ha nessun impatto sulla capacità lavorativa. Quanto alle valutazioni del dr. M. _____ del 3 agosto 2017, essa rileva non esservi alcuna novità nelle diagnosi proposte da quest'ultimo e precisa che la mancata prescrizione di un trattamento antalgico, relativizza la gravità dei disturbi soggettivamente lamentati dall'assicurata. Essa rileva infine che le limitazioni funzionali consecutive all'artroprotesi, menzionate nella valutazione dell'invalidità civile, unitamente alle diagnosi già note, sono minime. In conclusione la dr.ssa C. _____ ritiene che i nuovi atti non apportino nessun elemento nuovo suscettibile di modificare le precedenti valutazioni del SMR, ritenendo che non vi è motivo di apprezzare diversamente una situazione che appare chiara (allegato al doc. TAF 11).

12.

12.1 L'art. 59 cpv. 2^{bis} 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 LPGGA – 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. 2^{bis} 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'incanto 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).

12.2 I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAI 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).

12.3 Giova inoltre rilevare che nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non figura un diritto formale ad essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore. Un tale provvedimento (o perlomeno degli accertamenti complementari) deve essere ordinato soltanto nel caso in cui sussistano dei dubbi, seppur minimi, riguardo l'attendibilità e la concludenza delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4, nel caso in esame un rapporto interno all'INSAI). Alla luce degli atti e delle circostanze concrete, come si esporrà nel seguito, tali dubbi non sussistono.

13.

13.1 Nell'evenienza concreta, dagli atti emerge che a partire dal 1° gennaio 1995, ossia dal mese seguente la fine dell'ultimo rapporto di lavoro in Svizzera (cfr. estratto conto individuale allegato al doc. TAF11), la ricorrente non ha più esercitato alcuna attività lucrativa. Da allora essa si è occupata esclusivamente della sua economia domestica senza mai manifestare (in occasione delle visite mediche, presso gli enti assicurativi italiani o versando agli atti delle ricerche infruttuose di lavoro) l'intenzione di riprendere a svolgere un'attività lavorativa retribuita in Italia, dove nel frattempo essa si era trasferita (cfr. doc. 18-19, 30). Tale circostanza non è contestata, ma risulta anzi avvalorata dalla ricorrente (doc. 30).

È pertanto a giusto titolo che l'UAIE, nella decisione impugnata, ha considerato l'assicurata impiegata come casalinga, valutando la sua invalidità in base al metodo specifico di chi non esercita attività lucrativa.

13.2 Dalle considerazioni che precedono risulta che per negare il diritto alla rendita a A._____ l'amministrazione si è fondata in buona sostanza sulle conclusioni esposte dalla dr.ssa C._____, del SMR, che si è espressa nei due rapporti del 12 aprile 2017 e dell'11 ottobre 2017. Sulla scorta del solo esame degli atti medici e del questionario per assicurati occupati nell'economia domestica compilato dall'assicurata, la dr.ssa C._____ ha potuto formulare le proprie conclusioni senza ritenere opportuno né necessario esperire ulteriori accertamenti specialistici.

Ora, sebbene la dr.ssa C._____ non disponga di una specializzazione negli specifici campi medici a cui sono riconducibili le distinte patologie di cui la ricorrente è portatrice, ciò non toglie legittimità o valenza alle valutazioni da essa fornite. Come indicato nella giurisprudenza citata, il SMR è sostanzialmente incaricato di fornire all'amministrazione una sintesi delle indicazioni mediche contenute nei differenti reperti medici assunti nel

corso dell'istruttoria e, in caso di bisogno, proporre ulteriori accertamenti specialistici volti ad indagare determinati aspetti ancora inesplorati. Nella fattispecie, tali complementi di istruttoria non erano necessari, dal momento che questi erano già stati esperiti privatamente dalla ricorrente e abbondantemente prodotti all'inizio della procedura amministrativa, unitamente alla perizia particolareggiata E 213, redatta a seguito della visita medica del 2 dicembre 2016 (doc. 17). Dalla documentazione prodotta non emergono contraddizioni riguardo alle diagnosi e ai disturbi lamentati dall'insorgente, né tantomeno vi sono richieste da parte dei medici curanti di indagare ulteriormente determinate problematiche. Non era di conseguenza necessario selezionare in seno al SMR un medico specializzato in un determinato ambito della medicina. Né tantomeno era necessario incaricare uno dopo la valutazione del caso da parte della dr.ssa C._____, non avendone fatto domanda e non essendovi motivo di credere che quest'ultima, non disponesse di tutte le informazioni necessarie per valutare lo stato di salute e la capacità lavorativa dell'insorgente.

13.3 In concreto, preso atto della documentazione medica prodotta, in particolare della perizia E213 – nella quale la situazione dell'interessata risulta migliorata e che quest'ultima è stata considerata in grado di svolgere lavori pesanti, sia nell'attività abituale che in un'attività sostitutiva a tempo pieno – la dr.ssa C._____ ha riferito di non ritenere la maggior parte delle affezioni diagnosticate suscettibile di influire sull'abilità lavorativa dell'assicurata.

In applicazione del metodo specifico essa ha quindi redatto l'apprezzamento dell'invalidità del 12 aprile 2016 unitamente al rapporto finale SMR (doc. 32), eseguito tenendo conto delle indicazioni fornite dall'insorgente nel questionario per assicurati occupati nell'economia domestica (doc. 30 pp. 1-4) e delle problematiche ortopediche aggravate dall'eccedenza ponderale descritte dal dr. L._____ (doc. 24). Sulla scorta di tali accertamenti la dr.ssa C._____ ha quindi considerato sussistere, sin dalla rottura del collo del femore, un'inabilità lavorativa del 20% nell'attività consueta di casalinga.

Essendo l'assicurata residente all'estero, la valutazione della dr.ssa C._____ risulta essere adeguata a valutare il grado di inabilità lavorativa dell'assicurata, trovando applicazione la giurisprudenza del Tribunale federale che permette in tali casi di rinunciare all'esecuzione di un'inchiesta domiciliare (cfr. la sentenza del TF I 733/06 del 16 luglio 2007 consid. 4.2.2). Per le ragioni che seguono, tale valutazione appare inoltre condivisibile.

13.4

13.4.1 Passando in rassegna le distinte problematiche lamentate dall'assicurata, si rileva infatti che quella riguardante l'ipertensione arteriosa era nota sin dal 1996 (cfr. doc. 28) e la trombosi venosa profonda era emersa già il 19 gennaio 2001, allorquando l'assicurata era stata ricoverata per il necessario trattamento. D'allora, la problematica è stata tenuta sotto controllo mediante periodiche visite mediche e trattamenti farmacologici (doc. 1, 5, 9, 15, allegato al doc. TAF 1). Allo stesso modo è pure stata presa a carico la problematica riguardante il diabete mellito di tipo 2, per la quale già nel 2014 era stata predisposta una terapia medicamentosa e annuali controlli (doc. 6 e 7).

Questo Tribunale rileva che, nonostante l'interessata da tempo convivesse con le suddette problematiche, prima del deposito della domanda di prestazioni dell'11 ottobre 2016 (doc. 20) non aveva mai lamentato una riduzione della propria capacità di svolgere le attività consuete (ossia una riduzione della capacità lavorativa), né aveva mai manifestato un bisogno accresciuto di assistenza. A differenza del dr. M._____, che in qualità di medico curante, già nel 1996 (doc. 28) e nuovamente nel 2001 (doc. 14) aveva ritenuto l'interessata "impossibilitata a svolgere un'attività lavorativa", nessuno degli specialisti che si è occupato del trattamento di tali problematiche ha mai ritenuto necessario prescrivere dei particolari periodi di inabilità lavorativa (cfr. doc. 5, 6, 7, 9, 13, 15). Neppure il dr. N._____, nella perizia E213, ha considerato che tali patologie – oggetto di regolare controllo clinico e per le quali continuano i trattamenti farmacologici del caso – potessero influire sulla capacità lavorativa dell'assicurata. Da tale conclusione, fatta propria dalla dr.ssa C._____ (doc. 32), non vi è motivo di discostarsi.

13.4.2 Per quanto riguarda l'intervento di artroprotesi all'anca destra, gli atti medici relativi al ricovero avvenuto fra il 29 marzo e l'8 aprile 2016, descrivono un intervento chirurgico ben riuscito e un decorso nella norma (doc. 2, doc. 16 pp. 25-53). Alla dimissione l'assicurata era in grado di deambulare assistita dal girello o con bastoni. Unitamente al trattamento medicamentoso, il medico ha prescritto la riabilitazione e consigliato di indossare calze antitrombotiche. È stata infine indicata una prognosi di 60 giorni (doc. 2), presumibilmente da intendersi quale periodo di inabilità lavorativa.

In occasione della visita di controllo della dr.ssa K._____, il 9 giugno 2016, l'inabilità lavorativa non è stata ulteriormente protratta, né è stata fornita alcuna particolare indicazione al riguardo (doc. 26). Agli atti, del resto, non figura nessun certificato che, in relazione alla problematica all'anca, abbia ulteriormente protratto l'incapacità lavorativa.

Il 28 luglio 2016, a seguito del ricovero d'urgenza presso il pronto soccorso dell'Ospedale D._____ dovuto alla frattura dell'epifisi distale del polso destro, è stata prescritta un'inabilità lavorativa di 35 giorni (doc. 10). In tale occasione, si rammenta, era stato predisposto un trattamento conservativo consistente nell'immobilizzazione dell'arto mediante una stecca e nella prescrizione di antidolorifici e analgesici (doc. 10). Anche in questo caso, nessun rapporto versato agli atti riferisce di particolari complicazioni o di una protrazione dell'inabilità lavorativa.

In buona sostanza, per quanto concerne l'insieme delle problematiche ortopediche, ivi comprese quelle al rachide (lombare, dorsale e cervicale) e alle ginocchia, nessuno medico ha ritenuto necessario prescrivere particolari trattamenti, oltre a quelli già in atto, specifici accertamenti o ulteriori periodi di incapacità lavorativa. Non lo fa il dr. M._____ (né nel certificato medico INPS del 27 settembre 2016 [doc. 11], né nel rapporto del 3 agosto 2017 [allegato a doc. TAF 1]), né tantomeno il dr. L._____, che nel rapporto del 2 febbraio 2017, si limita a ritenere la ricorrente limitata negli atti della normale vita di relazione (doc. 24). Dal canto suo il dr. N._____, nella perizia E213 considera pienamente esigibile sia un'attività adeguata allo stato di salute dell'interessata che l'esecuzione dell'attività domestica (doc. 17).

13.4.3 Vi è infine la problematica psichiatrica, evocata per la prima volta dal dr. M._____ nel certificato medico INPS del 27 settembre 2016 (doc. 11). Quest'ultimo – che per altro neppure dispone di una specializzazione in psichiatria – si limita ad esporre la diagnosi di “sindrome depressivo-ansiosa”, senza fornire alcun dettaglio riguardo all'eziologia, al momento dell'insorgenza, all'eventuale influsso della stessa sulla capacità lavorativa, alla prognosi e al trattamento della stessa. A supporto di tale diagnosi, non viene prodotto alcun esame specialistico, né tantomeno ne viene fatta menzione del codice ICD. In tali circostanze, pur essendo stata ripresa pari-pari dal dr. N._____ nel rapporto E213, la diagnosi fornita risulta priva di elementi oggettivi e, a ben vedere, al limite della plausibilità. A non averne dubbi basti rilevare che nel più recente certificato del dr. M._____ (3 agosto 2018 – allegato al doc. TAF 1) neppure viene più fatto alcun riferimento circa l'esistenza di tale patologia psichiatrica.

Ad ogni buon conto, agli atti non figura alcun certificato dal quale si possa desumere un'incapacità lavorativa riconducibile a delle problematiche di natura psichiatrica.

13.4.4 Non da ultimo giova precisare che la circostanza per cui alla ricorrente sarebbe stata riconosciuta un'invalidità civile ai sensi del diritto italiano del 75% a partire dal 21 agosto 2017, non è rilevante ai fini del presente giudizio, data la diversità delle disposizioni legali sull'invalidità e dei criteri per determinarla vigenti nei due Paesi e visto che anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità per una rendita svizzera si determina unicamente in base al diritto elvetico (DTF 130 V 253 consid. 2.4 pag. 257).

13.5 Alla luce delle considerazioni appena esposte, occorre riconoscere che non vi è alcun documento medico agli atti suscettibile di mettere in dubbio le complete ed esaustive valutazioni del dr.ssa C._____ riguardo alla capacità lavorativa dell'assicurata nell'attività di casalinga.

Neppure il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica, compilato e firmato dall'assicurata il 16 febbraio 2017 (doc. 30) permette di dubitare delle conclusioni concordanti esposte nei rapporti del SMR e nella perizia E213. Preso singolarmente, tale questionario non consente di distanziarsi dalle conclusioni ritenute dal medico fiduciario dell'UAIE. Questo Tribunale concorda pertanto con l'UAIE nel ritenere l'interessata ancora in grado di farsi carico delle mansioni domestiche, sebbene in misura ridotta e aiutata per alcuni specifici compiti dai membri della sua famiglia, essendo per sua stessa ammissione la comunione domestica composta da cinque persone, fra cui il marito. La ricorrente ammette infatti di essere in grado, nonostante il danno alla salute, di organizzare, ripartire i lavori e controllarne l'esecuzione all'interno dell'economia domestica, nonché di provvedere alla preparazione dei pasti e alla sistemazione della cucina. Seppur con difficoltà essa indica di provvedere alle compere per l'economia domestica. Riferisce di necessitare di aiuto per la pulizia dell'abitazione e di non essere in grado di provvedere al bucato, pur essendo comunque ancora in grado di stirare.

Da quanto precede risulta che la ricorrente è in grado di provvedere alla maggior parte delle attività domestiche, integrando per le restanti mansioni, a seconda del bisogno, l'aiuto dei propri famigliari. A tal proposito giova rammentare che pure all'assicurato occupato nell'economia domestica, a tempo pieno o parziale, è imposto l'obbligo di ridurre il danno. Per fare fronte a tale dovere, l'assicurato è quindi tenuto – nel caso in cui il proprio

handicap renda l'esecuzione di certe mansioni più difficile o richieda un investimento di tempo maggiore – a fare tutto ciò che ci si può ragionevolmente attendere da lui al fine di migliorare la propria capacità lavorativa, ad esempio organizzando il suo lavoro, adottando un metodo di lavoro adeguato o acquistando degli apparecchi e degli elettrodomestici appropriati e utili allo scopo. L'assicurato è inoltre tenuto a chiedere un adeguato aiuto ai propri famigliari ai quali – è bene rammentarlo – incombe un obbligo di assistenza nei suoi confronti. In buona sostanza, un'incapacità lavorativa significativa può essere ammessa, in una persona che si occupa dell'economia domestica, unicamente nel caso in cui le mansioni di sua competenza sono prese a carico da parte di terzi contro remunerazione, o da parte di famigliari che, in ragione di questa assistenza accresciuta, subiscono una perdita di guadagno, o sono sottoposti a un onere straordinario, eccedente il proprio obbligo di assistenza (DTF 133 V 504 consid. 4.2 e riferimenti; 130 V 97 consid. 3.2 e 3.3.3; sentenza del TF (C_440/2011 dell'11 luglio 2011 consid. 4.2 e I 257/04 del 17 marzo 2005 consid. 5.4.4; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève Zurich Bâle 2011, n. 2156 e riferimenti, 2157, 2175).

Nell'evenienza concreta, l'assistenza accresciuta che può essere ragionevolmente attesa dai famigliari dell'assicurata – viventi sotto il suo stesso tetto – avvalora ancora maggiormente le conclusioni dei medici circa la capacità di quest'ultima nello svolgere le mansioni consuete.

13.6 In definitiva occorre riconoscere che i rapporti della dr.ssa C. _____ risultano completi, concludenti e affidabili. Tutte le problematiche evocate dalla ricorrente sono state debitamente e correttamente valutate, non necessitando il caso di ulteriori accertamenti. Conto tenuto della copiosa documentazione medica versata agli atti, dalla quale non emergono contraddizioni di sorta, al momento della decisione il caso appariva senz'altro sufficientemente indagato e pronto per la definizione.

Nonostante i due periodi di incapacità lavorativa posteriori alla frattura del collo del femore destro, per la quale è stato eseguito l'intervento di artroprotesi all'anca (60 giorni) e alla frattura del polso destro, per la quale sono stati approntati trattamenti conservativi (35 giorni), le condizioni poste dall'art. 28 LAI per riconoscere il diritto a una rendita di invalidità non sono in specie adempiute.

14.

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, manifestamente infondato, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

Il giudice dell'istruzione, anteriormente o posteriormente a uno scambio di scritti, decide quale giudice unico, con motivazione sommaria, i ricorsi manifestamente infondati, pronunciandone la non entrata in materia o il rigetto (art. 85^{bis} cpv. 3 LAVS in combinazione con l'art. 69 cpv. 2 LAI; cfr. anche la sentenza del TAF C-3936/2015 del 24 gennaio 2017 consid. 12; C-1257/2013 del 27 marzo 2013 consid. 4).

Ne segue che la presente sentenza di rigetto del ricorso può essere resa a giudice unico.

15.

15.1 Visto l'esito della procedura le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b 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]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente l'11 settembre e il 3 ottobre 2017 (doc. TAF 3-4 e 8-9).

15.2 Alla ricorrente, interamente soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

Le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali di fr. 800.-, già anticipate dalla ricorrente, sono poste a suo carico e vengono compensate con l'acconto versato.

3.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

La giudice unica :

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

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 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: