



Corte III
C-5630/2010

Sentenza del 13 settembre 2012

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Daniel Stufetti e Franziska Schneider,
cancelliera Marcella Lurà.

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 (decisione del 1° luglio 2010).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata l'(...), ha lavorato in Svizzera dall'aprile del 2003 al novembre del 2008 dapprima come cameriera e poi come aiuto-cuoca (v. doc. A 1-1, 2-9 a 2-30 e 9-2), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. A 2-3). Dal 1° aprile 2008, è alle dipendenze di un esercizio pubblico in qualità di aiuto-cuoca, in ragione di 42 ore alla settimana (doc. A 2-30 e 9-2). Ha interrotto il lavoro il 10 giugno 2008 per motivi di salute (doc. B 2-1) ed è stata licenziata con effetto al 31 maggio 2009 (doc. A 22-1). Il 3 novembre 2008, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. A 1-1).

B.

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone B._____ (Ufficio AI) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- documenti medici di data intercorrente da giugno 2008 a settembre 2009 (doc. A 2-31 a 2-34, 6-7, 8-1, 12-1, 12-2, 15-1, 16-2 a 16-5, 19-2, 19-7 a 19-17, 22-1 e 25-1 e doc. B 1-1, 3-1 a 5-1, 7-1 a 12-1 e 14-1; segnatamente i rapporti psichiatrici del 25 luglio e 24 ottobre 2008 della dott.ssa C._____[medico incaricato dall'assicurazione D._____; doc. B 5-1 e 12-1]);
- il questionario per il datore di lavoro del 29 dicembre 2008 (doc. A 9-2).

C.

C.a Nel rapporto del 9 febbraio 2010, il dott. E._____, medico del Servizio medico regionale dell'AI (SMR), ha proposto di assumere agli atti le perizie ortopedica, neurologica e psichiatrica effettuate dai medici incaricati dall'assicurazione D._____ (doc. A 27-1).

C.b Agli atti risultano essere state prodotte la perizia ortopedica del 7 settembre 2009 del dott. F._____, la perizia neurologica del 5 ottobre 2009 del dott. G._____ e la perizia psichiatrica del 24 dicembre 2008 (recte 2009) del dott. H._____, unitamente ai certificati psichiatrici del 22 ottobre e 28 ottobre 2009 e del 22 gennaio 2010 della dott.ssa I._____ (doc. A 28-1 a 28-27).

C.c Nel rapporto del 10 febbraio 2010, il dott. E._____ ha esposto la diagnosi di sindrome lombospondilogenica su alterazioni degenerative e sindrome cervicovertebrale su alterazioni degenerative senza coinvolgimento degli arti superiori. Ha pure evidenziato la diagnosi, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, di gonalgia destra su alterazioni artrosiche e lieve sintomatologia ansioso-depressiva in personalità con tratti anancastici. Ha altresì considerato il diabete mellito siccome senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Il dott. E._____ ha quindi ritenuto che risulta giustificato riconoscere un'inabilità al lavoro totale da giugno del 2008. A far tempo da novembre del 2009, l'interessata presenta un'incapacità al lavoro del 50% nella precedente attività di aiuto-cuoca e del 33% in un'attività confacente allo stato di salute, dunque rispettosa dei limiti funzionali a livello somatico (doc. A 29-1).

D.

Il 20 aprile del 2010, la consulente del Servizio integrazione professionale dell'AI ha effettuato una valutazione del grado d'invalidità dell'interessata sulla base di un salario annuale da valida di fr. 47'450.-- come aiuto-cuoca nel 2008 (secondo le indicazioni del datore di lavoro), e l'ha contrapposto ad un salario annuale da invalida di fr. 32'695.53 in attività semplici e ripetitive (enumerate in modo non esaustivo), secondo i dati ricavati dalle statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica, Tabella TA1 (fr. 51'367.68 con una diminuzione del 33% [per l'incapacità lavorativa come stabilita dai periti] e una riduzione del 5% [per tenere conto del fatto che l'assicurata può esercitare solo delle attività leggere a tempo parziale]). Ne deriva un grado d'invalidità del 31% (doc. A 33-1, v. anche doc. A 34-1 e 34-3).

E.

Con progetto di decisione del 28 aprile 2010, l'Ufficio AI ha comunicato all'interessata che, in virtù della documentazione medica agli atti, l'assicurata presenta un'incapacità al lavoro del 100% dal 10 giugno 2008 e del 50% dal 1° novembre 2009 nella precedente attività di aiuto-cucina. Tuttavia, dal 1° novembre 2009, la medesima è abile nella misura del 67% in un'attività confacente allo stato di salute. Detta autorità ha in particolare indicato che dal 2008 deriva un grado d'invalidità del 31% nell'ambito di un'attività sostitutiva adeguata. Pertanto, sussisterebbe un diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° giugno 2009 (decorso il termine di attesa legale di un anno) al 31 gennaio 2010 (momento in cui il miglioramento significativo dello stato di salute perdurava da tre mesi). L'Ufficio AI ha altresì concesso all'interessata la facoltà di formulare, nel termine di 30

giorni dalla ricezione del progetto di decisione, delle osservazioni per iscritto (doc. A 35-1).

F.

F.a Con scritto del 20 maggio 2010 (doc. A 40-1; v. anche lo scritto del 19 maggio 2010 [doc. A 42-1]), l'interessata ha chiesto all'amministrazione di riesaminare il caso dal momento che, secondo il certificato medico dello psichiatra curante, la sua abilità lavorativa potrebbe essere del 30%. Ha precisato che assume una terapia farmacologica e si sottopone a colloqui psicologici. Ha esibito un certificato medico del 27 gennaio 2009 del dott. J._____ (già agli atti), i certificati psichiatrici del 26 aprile e 18 maggio 2010 del dott. K._____ e due certificati d'inabilità lavorativa dell'assicurazione D._____ (doc. A 42-3 a 42-7).

F.b Nel rapporto dell'8 giugno 2010, il dott. E._____ ha rilevato che i certificati medici del gennaio e maggio 2010 non modificano la sua valutazione del febbraio 2010 di cui alle perizie ortopedica del settembre 2009, neurologica dell'ottobre 2009 e psichiatrica del dicembre 2009. Le altre diagnosi indicate nei citati certificati medici (diabete mellito, mastopatia e manifestazioni cistiche al cuoio capelluto) non hanno alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa. L'indicazione di una terapia con un solo farmaco antidepressivo ("L._____") non fa altresì riferimento ad una patologia di una gravità tale da modificare la valutazione sulla capacità lavorativa (doc. A 44-1).

G.

Il 1° luglio 2010, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha deciso di erogare in favore dell'interessata una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° giugno 2009 al 31 gennaio 2010 (doc. A 47-1; v. anche doc. A 36-1 e 45-1).

H.

Il 6 agosto 2010, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 1° luglio 2010 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità. Ha segnalato che, secondo la perizia ortopedica del settembre 2009 del dott. F._____, le patologie ortopediche di cui soffre giustificano un'inabilità lavorativa del 50%. Ha altresì precisato che, secondo i certificati medici degli psichiatri curanti, i disturbi psichici di cui è affetta consentono la ripresa di un'attività lucrativa nella misura del 30%. Infine, ha sottolineato che, in virtù della sua età, delle limitazioni

funzionali che presenta, della sua formazione nonché esperienza professionale, non si può esigere da lei l'esercizio di una qualsiasi attività lucrativa su un mercato equilibrato del lavoro. Ha esibito un certificato psichiatrico del 18 maggio 2010 del dott. K._____ (già agli atti) nonché un certificato ortopedico del 22 luglio 2010 del dott. M._____ (doc. TAF 1).

I.

Con provvedimento del 24 agosto 2010 (notificato il 26 agosto 2010; doc. TAF 4 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha invitato la ricorrente a compilare e restituire, nel termine di 30 giorni dalla notificazione del provvedimento medesimo, il formulario "Domanda di gratuito patrocinio", unitamente ai relativi mezzi di prova, con l'avvertenza che, in caso di decorso infruttuoso del termine, la domanda di assistenza giudiziaria sarebbe stata di principio respinta (doc. TAF 2). Il termine è scaduto infruttuoso.

J.

J.a Con risposta del 13 ottobre 2010, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata. Ha rinviato alla presa di posizione dell'Ufficio AI del Cantone B._____ del 27 settembre 2010, secondo la quale – in virtù delle annotazioni mediche del 13 settembre 2010 dei dott. N._____ e O._____, medici SMR (doc. TAF 7) – la documentazione medica prodotta espone la nota valutazione soggettiva della ricorrente, senza riferire di alcuna sostanziale modifica dello stato di salute e senza apportare nuovi elementi clinici oggettivi tali da modificare la valutazione medica di cui alle perizie ortopedica del settembre 2009, neurologica dell'ottobre 2009 e psichiatrica del dicembre 2009. Detto Ufficio ha altresì ribadito la correttezza del confronto dei redditi effettuato (doc. TAF 7).

J.b Con provvedimento del 22 agosto 2011 (notificato il 25 agosto 2011; cfr. risultanze processuali [doc. TAF 9]), il Tribunale amministrativo federale ha invitato la ricorrente, nel termine di 30 giorni a decorrere da quello successivo alla notificazione del provvedimento medesimo, ad inoltrare una replica (doc. TAF 8). Il termine è scaduto infruttuoso.

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispetti-

vamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

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 della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

1.3 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 legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (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.

1.4 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.

1.5 Giova ancora rilevare, per completezza, che in procedura di prima istanza la ricorrente era rappresentata a partire dal 20 maggio 2010 dal Patronato INAS di P._____ (doc. A 40-1 e 41-1). Giusta l'art. 37 cpv. 1 LPGA, una parte può farsi rappresentare, se non deve agire personalmente, o farsi patrocinare nella misura in cui l'urgenza di una inchiesta non lo escluda. Finché la parte non revochi la procura, l'assicuratore comunica con il rappresentante (art. 37 cpv. 3 LPGA). Questo principio risponde all'esigenza di una certezza del diritto e mira a eliminare ogni possibile dubbio sulla persona a cui indirizzare le comunicazioni oltre a stabilire una regola chiara in merito alla notificazione determinante per la decorrenza dei termini di ricorso (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_85/2011 del 17 gennaio 2012 consid. 4.2 e relativi riferimenti). Conseguentemente, la decisione impugnata andava comunicata al rappresentante di allora della ricorrente e non direttamente alla ricorrente. L'art. 49 cpv. 3 LPGA, codifica anch'esso un principio generale (dedotto dalla tutela della buona fede), già valido prima dell'entrata in vigore della LPGA, e cioè che la notificazione irregolare di una decisione non deve provocare pregiudizi per l'interessato. Secondo giurisprudenza, non ogni

notificazione irregolare – come per esempio quella all'assicurato rappresentato (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_85/2011 del 17 gennaio 2012 consid. 5.1 e relativi riferimenti) – comporta però la sua nullità e osta alla decorrenza del termine di ricorso. Le parti sono sufficientemente tutelate se la notificazione raggiunge comunque il suo scopo malgrado l'irregolarità. Occorre quindi esaminare, secondo le circostanze del caso concreto, se la parte interessata è realmente stata indotta in errore dalla notificazione irregolare e se, per questo motivo, ha subito un pregiudizio. Per stabilire ciò, ci si deve attenere alle regole della buona fede che pongono un limite all'invocazione di un vizio di forma (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_85/2011 del 17 gennaio 2012 consid. 4.3 e relativi riferimenti). Nel caso concreto, la ricorrente non ha invocato un vizio di forma ed ha inoltrato il gravame nel termine originario di ricorso di 30 giorni dalla notifica irregolare della decisione impugnata, benché, pur nel rispetto del principio della buona fede, avrebbe ancora potuto presentarlo nel (secondo) termine di 30 giorni a decorrere dall'ultimo giorno del termine originario di ricorso (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_85/2011 del 17 gennaio 2012 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Conseguentemente, la parte non è stata indotta in errore dalla notificazione irregolare della decisione impugnata e il suo ricorso, presentato peraltro personalmente e non per il tramite di un rappresentante, può essere esaminato nel merito senza alcuna riserva da parte di questo Tribunale, e la relativa sentenza comunicata alla ricorrente personalmente.

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché 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 (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

2.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'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 che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

2.3 L'art. 80a LAI, nella versione in vigore fino al 31 marzo 2012, sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71. I nuovi Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009 relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, entrati in vigore il 1° aprile 2012 nei rapporti tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione Europea, che sostituiscono i Regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72, non sono altresì (ancora) applicabili al caso concreto.

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). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2 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 e DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 3 novembre 2008, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 5^a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2008

(cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_249/2010 del 1° giugno 2009; v. anche la sentenza del Tribunale amministrativo federale C-4799/2010 del 1° maggio 2012). Al caso di specie, non sono per contro applicabili le disposizioni della 6^a revisione della LAI (primo pacchetto) che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (FF 2010 1603).

3.3 La ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 3 novembre 2008. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 29 LAI prevede che 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'art. 29 cpv. 1 LPGGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 5.3 del presente giudizio]). Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. 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. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 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. sentenza del Tribunale federale 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

4.

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 LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) 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 ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 19 anni (v. doc. A 47-1) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

5.

5.1 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. 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).

5.2 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 la metà, 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'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4, 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 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

5.3 L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a 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 (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

5.4 Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande in-

validità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.

6.1 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, DTF 110 V 273; v. pure sentenze del Tribunale federale 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. 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).

6.2 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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.

6.3 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 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

7.

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

7.2 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 modifica-

re questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale 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 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

7.3 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.

8.

8.1 Il giudice delle assicurazioni sociali 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. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

8.2 In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

8.3 Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono

contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse 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). 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).

8.4 Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396). Tenendo conto di diversi criteri, lo psichiatra deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato.

8.5 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 egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. 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 quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

9.

Dalla documentazione medica agli atti emerge che la ricorrente soffre segnatamente di sindrome lombospondilogenica su alterazioni degenerative e sindrome cervicovertebrale su alterazioni degenerative senza coinvolgimento degli arti superiori, gonalgia destra su alterazioni artrosiche, lieve sintomatologia ansioso-depressiva in personalità con tratti anancastici-ossessivi e diabete mellito (cfr. perizia ortopedica del 7 settembre 2009 [doc. A 25-1], perizia neurologica del 5 ottobre 2009 [doc. A 28-11], perizia psichiatrica del 24 dicembre 2008 [recte 2009; doc. A 28-3] e rapporto del medico SMR del 10 febbraio 2010 [doc. A 29-1]).

10.

10.1 Nel caso di specie, l'oggetto litigioso è la questione di sapere se la ricorrente abbia diritto, anche dopo il 31 gennaio 2010, ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, come da lei postulato.

10.2 Il dott. E. _____, medico SMR, nella sua presa di posizione del 9 febbraio 2010 (doc. A 27-1), ha chiesto di assumere agli atti le perizie ortopedica, neurologica e psichiatrica effettuate dai medici incaricati dall'assicurazione D. _____.

10.2.1 Nel rapporto ortopedico del 7 settembre 2009 (doc. A 28-21), il dott. F. _____ ha rilevato che l'assicurata lamenta segnatamente zone di irritazione medio-cervicali con tensione muscolare al cinto scapolare e minimo deficit funzionale del rachide cervicale alla rotazione verso destra e diminuzione dell'estensione, disfunzione lombare con focalizzazione dei disturbi all'altezza dei segmenti L4-L5 e lombo-sacrale e dolenzia in corrispondenza della rotula al ginocchio destro con leggero deficit funzionale in flessione. Detto medico ha constatato che i referti radiografici evidenziano alterazioni degenerative con protrusione centrale C3-C4, protrusione a sinistra C4-C5, discopatia C5-C6, scoliosi destro-convessa al passaggio dorso-lombare, alterazione degenerativa lombo-sacrale, alterazioni degenerative femoro-patellari e alterazioni degenerative meniscali. Ha altresì segnalato che il quadro neurologico è senza indizi per una chiara componente radicolare irritativa o deficitaria di rilievo sul piano sensitivo-motorio e che l'irradiazione algica lungo l'arto inferiore destro è piuttosto di connotazione spondilotica. In conclusione, il dott. F. _____ ha ritenuto che il quadro clinico giustifica un'inabilità lavorativa del 50% quale cuoca/aiuto-cucina, ma una capacità lavorativa dei 2/3 (inabilità lavorativa del 30%) in un'attività confacente allo stato di salute.

10.2.2 Nella perizia neurologica del 5 ottobre 2009 (doc. A 28-11), il dott. G. _____ ha segnalato che l'esame clinico conferma la presenza di disturbi vertebrali di scarsa entità, senza alcun elemento per un'instabilità segmentaria né per una compressione radicolare. Non vi sono peraltro né sintomi né segni che suggeriscano una problematica intracranica, una sindrome midollare o una radicolopatia cervicale e gli esami complementari non mettono in evidenza lesioni significative. Il dott. G. _____ ha infine osservato che la paziente non ha un danno organico significativo della salute. I disturbi vertebrali sono aspecifici e la limitano parzialmente nell'attività di aiuto-cuoca. Tale diminuzione può essere considerata del 25% (abilità almeno 75%). Lo specialista ha inoltre reputato che l'assicurata può essere considerata da subito abile al lavoro nella misura massima possibile, anche al 100%, ma senz'altro al 75% in un'attività nel settore della ristorazione o nel settore alberghiero.

10.2.3 Nel rapporto psichiatrico recante la data del 24 dicembre 2008 (recte 2009; doc. A 28-3), il dott. H. _____ ha rilevato che l'assicurata

ha un aspetto discretamente curato, un orientamento spazio-temporale adeguato, pensiero concretistico, esame di realtà conservato e mostra un atteggiamento distante e leggermente diffidente con marcata logorrea e tendenza alla perseverazione su certi temi, marcati tratti anancastici e ossessivi, tono dell'umore a tratti modicamente disforico e modici segni di anedonia e di ritiro sociale. Ha precisato che la medesima ritiene di essere lievemente migliorata e che "forse da gennaio potrebbe iniziare (a lavorare) al 30%". Secondo lo specialista, va notato il miglioramento soggettivo e oggettivo constatato negli ultimi mesi (è altresì fatto riferimento ad un certificato della psichiatra curante del mese di novembre 2009). Secondo il perito, all'esame clinico-oggettivo (del 1° dicembre 2009) si possono ancora evidenziare dei tratti modicamente ansiosi e tratti disforici con somatizzazioni diffuse inquadrabili in una sintomatologia depressiva lieve. Questa sintomatologia può essere compresa come reazione al disturbo algico esistente e comporta solo una minima conseguenza sulla capacità e sul funzionamento lavorativo. L'entità dei disturbi psichici constatati e ancora presenti non giustifica una diminuzione del rendimento. Il dott. H._____ ha quindi concluso che la ripresa di un'attività lavorativa adeguata, in misura massima possibile a partire da subito, è esigibile.

10.3 Questo Tribunale osserva che le valutazioni ortopedica del settembre 2009, neurologica dell'ottobre 2009 e psichiatrica del dicembre 2009 si fondano su informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento della ricorrente, sulle risultanze della visita dell'insorgente nonché sulla documentazione medica agli atti. I rapporti medici comportano l'anamnesi, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni della peritanda, la diagnosi nonché la discussione. Pertanto, tali rapporti possono essere considerati un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute della ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata. In particolare, e sulla base della documentazione medica agli atti, non sussistono in effetti elementi per scostarsi da dette valutazioni peritali in merito allo stato di salute e alla capacità lavorativa dell'insorgente. Per contro, per i motivi che saranno indicati di seguito, v'è motivo di scostarsi dalla valutazione del medico SMR del febbraio 2010 sulla residua capacità lavorativa in un'attività sostitutiva adeguata con riferimento al momento dell'avvenuto miglioramento delle condizioni di salute della ricorrente fissato in detto rapporto a novembre del 2009 poiché la stessa non trova un riscontro oggettivo nelle indicazioni fornite dai medici incaricati dalla D._____ che hanno visitato personalmente la ricorrente nel periodo determinante. Incontestata è invece la valutazione del medico SMR che consente alla

ricorrente di beneficiare di una rendita intera dal 1° giugno 2009 almeno fino al 31 gennaio 2010.

10.4 Nel rapporto del 10 febbraio 2010 (doc. A 29-1), il dott. E._____, medico SMR, ha ritenuto, in virtù delle valutazioni peritali dei dott. F._____, G._____, e H._____, che l'insorgente fosse nuovamente in grado di lavorare al 67% (una capacità lavorativa dei 2/3) in un'attività confacente allo stato di salute da novembre del 2009. Ora, nella perizia neurologica del 5 ottobre 2009 (doc. A 28-11), il dott. G._____ ha segnalato che i dolori lombosacrali di cui soffre la ricorrente si inseriscono in un contesto psichiatrico che si è manifestato inizialmente nel 1999 e si è poi progressivamente accentuato. Dalla documentazione medica agli atti emerge – in particolare e per ciò che qui maggiormente interessa – che l'insorgente ha sviluppato una sintomatologia ansiosa e depressiva nel maggio del 2008, diagnosticata come disturbo dell'adattamento nell'ottobre del 2008 (v. rapporto psichiatrico del 24 ottobre 2008 della dott.ssa C._____[doc. B 12-1]) e ritenuta giustificata un'incapacità al lavoro del 100% fino al 31 gennaio 2009 (secondo la valutazione psichiatrica del 1° dicembre 2008 del dott. H._____; v. la perizia neurologica del 5 ottobre 2009, in cui è fatto riferimento a detto rapporto psichiatrico non reperibile agli atti [doc. A 28-13]; v. anche la perizia psichiatrica del dott. H._____ del 24 dicembre 2009 pag. 2 [doc. A 28-4]). Il dott. G._____ ha quindi reputato che un'incapacità poteva ancora sussistere per ragioni psichiatriche e che il limite al reinserimento nel processo lavorativo era unicamente di carattere psichiatrico (v. doc. A 28-19). Nel rapporto psichiatrico del 24 dicembre 2009 (doc. A 28-3), il dott. H._____ ha constatato un miglioramento (dello stato di salute) negli ultimi mesi. Lo specialista ha ritenuto che la ripresa di un'attività lavorativa adeguata è esigibile "a partire da subito". Con a partire da subito per questo Tribunale il perito ha voluto indicare il momento dell'effettuazione, al 1° dicembre 2009, dell'esame clinico-oggettivo dell'insorgente (v. in tal senso la frase "All'esame clinico-oggettivo si possono evidenziare, al momento attuale, ..." di cui al rapporto peritale [cfr. doc. A 28-8]). Peraltro, quand'anche per denegata ipotesi si volesse ritenere che nella perizia psichiatrica in questione non è stata indicata con chiarezza la data dell'effettivo miglioramento, si dovrebbe presumere, secondo giurisprudenza, che detto miglioramento è intervenuto il giorno dell'effettuazione dell'esame peritale dell'assicurata, ossia il 1° dicembre 2009 (cfr. sulla questione le sentenze del Tribunale federale 8C_670/2011 del 10 febbraio 2012 consid. 5.1 e 9C_603/2010 del 6 ottobre 2010 consid. 4.2). Stante questa premessa, non è comunque possibile dedurre dalla perizia del 1° dicembre 2009 e dal relativo rapporto del 24 dicembre 2009 una capacità lavorativa della ricorrente in attività sostit-

tutiva adeguata già a decorrere da novembre del 2009 suscettibile di giustificare la soppressione integrale della rendita fino ad allora accordata a partire dal 1° febbraio 2010. Il miglioramento dello stato di salute psichico della ricorrente – che per quanto emerge dalle carte processuali giustificava già ad esso solo l'erogazione di una rendita intera – essendo intervenuto con verosimiglianza preponderante solo a partire dal 1° dicembre 2009, si giustifica pertanto l'attribuzione di una rendita intera dal 1° giugno 2009 – come peraltro ritenuto a giusto titolo anche dall'autorità inferiore – fino al 28 febbraio 2010, allorquando il miglioramento è durato tre mesi (v., sulla questione della decorrenza dei termini di cui all'art. 88a cpv. 1 OAI, le sentenze del Tribunale federale 9C_817/2011 del 22 maggio 2012 consid. 5, 9C_117/2012 del 17 aprile 2012 consid. 4 e I 608/00 del 26 febbraio 2002).

10.5 La ricorrente ha certo fatto valere in sede di ricorso, perlomeno implicitamente, di avere diritto ad una rendita intera anche ulteriormente, ossia anche dopo il 28 febbraio 2010, in quanto le affezioni di cui soffre non le consentirebbero di svolgere un'attività lucrativa. Agli atti di causa non figura comunque alcun documento medico di data anteriore alla decisione impugnata che concluda sulla base di esami oggettivi ad un'incapacità lavorativa in un'attività confacente allo stato di salute superiore a quella del 33% ritenuta dal medico SMR. In particolare, il certificato medico del 18 maggio 2010 del dott. K._____ (doc. TAF 1) si limita alla segnalazione di sintomi ansioso-depressivi in personalità con tratti anancastici senza alcun riferimento ad una classificazione secondo un metodo scientifico e a fornire informazioni sommarie sullo stato psichico della paziente nonché una generica valutazione dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività lavorativa, fermo restando che l'indicazione di un trattamento con farmaci ansiolitici rispettivamente di una terapia con colloqui psicologici non implica altresì e, di per sé, un'incapacità lavorativa. Non soccorre l'insorgente neppure il certificato ortopedico del 22 luglio 2010 del dott. M._____ (doc. TAF 1), rapporto peraltro di data posteriore a quella della decisione impugnata (cfr., sulla questione, il considerando 3.3 del presente giudizio). Lo stesso espone i disturbi noti e precedentemente diagnosticati, evidenzia un'obiettività neurologica nella norma, fa stato di affezioni di cui soffrirebbe l'insorgente (quali fenomeni di claudicatio con limitazione della marcia, fibromialgia primaria), che non sono peraltro corroborate da riscontri medici oggettivi, e non fa riferimento ad una specifica incapacità lavorativa.

10.6 In conclusione, sulla scorta in particolare delle risultanze dei rapporti peritali del 7 settembre 2009 (esame ortopedico del 12 maggio 2009), del

5 ottobre 2009 (esame neurologico del 20 luglio 2009) e del 24 dicembre 2009 (esame psichiatrico del 1° dicembre 2009), del rapporto del medico SMR del febbraio 2010 nonché delle considerazioni che precedono, questo Tribunale ritiene che lo stato di salute della ricorrente ha impedito alla medesima di svolgere sia la sua precedente attività di aiuto-cuoca sia un'attività sostitutiva adeguata dal giugno del 2008 al 30 novembre 2009, con la conseguenza, che su questo punto, l'impugnata decisione del 1° luglio 2010 deve essere riformata. Infatti, solo a decorrere dal 1° dicembre 2009, alla medesima sarebbero state proponibili, nella misura del 67% (una capacità lavorativa dei 2/3), attività sostitutive confacenti allo stato di salute. La consulente del Servizio integrazione professionale dell'AI non ha invero proposto, nel rapporto dell'aprile 2010 (doc. A 33-1) alcuna attività sostitutiva adeguata alle condizioni della ricorrente. Ha comunque ritenuto, nell'ambito del calcolo comparativo dei redditi, che l'insorgente avrebbe potuto svolgere un'attività confacente al suo stato di salute in ogni categoria professionale del settore secondario nonché del settore terziario. Certo, durante la sua carriera professionale la ricorrente appare avere svolto esclusivamente le attività di cameriera e di aiuto-cuoca (v. doc. A 2-9 a 2-30). Questo Tribunale osserva, tuttavia, che alla medesima si presenta un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili nei settori dell'industria e dei servizi, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale e un adattamento del posto di lavoro alle sue condizioni di salute non risulta altresì necessario rispettivamente appare di semplice realizzazione.

11.

11.1 Nella misura in cui la ricorrente ha presentato un'incapacità lavorativa del 100% sia nella sua precedente attività sia in un'attività sostitutiva adeguata da giugno del 2008 al 30 novembre 2009, la medesima ha diritto ad una rendita intera dal 1° giugno 2009 (decorso il termine di attesa legale di un anno, giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI) al 28 febbraio 2010 (momento in cui il miglioramento significativo dello stato di salute dell'insorgente perdurava da tre mesi, giusta l'art. 88a cpv. 1 OAI; v., sulla questione il considerando 10.4 del presente giudizio e relativi riferimenti).

11.2 Ritenuto che, a far tempo dal 1° dicembre 2009, la ricorrente è abile al 67% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute, occorre esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore. Questo Tribunale osserva, con riferimento al calcolo effettuato dalla consulente in integrazione professionale nel rapporto del 20 aprile 2010

(cfr. lettera D del presente giudizio) – peraltro trasmesso all'insorgente mediante il provvedimento del 22 agosto 2011 di questo Tribunale (doc. TAF 8) e rimasto incontestato – che occorrerebbe fare riferimento piuttosto ai dati dell'anno 2009, il miglioramento dello stato di salute essendo intervenuto il 1° dicembre 2009, che a quelli del 2008.

11.2.1 Questo Tribunale rileva che, secondo giurisprudenza, per determinare il reddito ipotetico da valido, di regola ci si fonda sull'ultimo reddito conseguito prima dell'insorgenza del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1; sentenza del Tribunale federale 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 6.1 e relativi riferimenti). In particolare, quale reddito annuale da valida l'autorità inferiore ha considerato quello conseguibile dalla ricorrente come aiuto-cuoca. Non vi è motivo di scostarsi da tale accertamento dei fatti, nel senso che può senz'altro ritenersi che l'insorgente, che lavorava presso il suo ultimo datore di lavoro dal 1° aprile 2008, avrebbe svolto l'attività di aiuto-cuoca per tale datore di lavoro, anche nel 2009 in caso di capacità lavorativa intatta. Si sarebbe però dovuto tenere conto di un salario annuale senza invalidità di fr. 48'456.35, conseguibile come aiuto-cuoca nel 2009 (tenuto conto di un salario annuale di fr. 47'450.-- nel 2008 secondo le indicazioni del datore di lavoro [doc. A 9-2] poi prese in considerazione nel rapporto della consulente in integrazione del 20 aprile 2010 [doc. A 33-1, sottoposto alla ricorrente mediante decisione incidentale del 22 agosto 2011, rimasto incontestato] indicizzato al 2009 [l'indice dei salari nominali per la categoria delle donne è passato da 2499 nel 2008 a 2552 nel 2009; cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica]).

11.2.2

11.2.2.1 Questo Tribunale rileva altresì che, secondo giurisprudenza, per determinare il reddito da invalido, fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta dell'assicurato, a condizione che, cumulativamente, il rapporto di lavoro sia particolarmente stabile, egli sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua, il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale (DTF 126 V 75 consid. 3b/aa). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali, come risultano dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 7 e relativi riferimenti). Ritenuto che, per quanto emerge dalle carte processuali, l'insorgente ha interrotto il lavoro nel 2008, è possibile riferirsi

ai dati statistici salariali secondo la pertinente tabella TA1 (2008) dell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari, effettuati i necessari correttivi.

11.2.2.2 Per quel che concerne la determinazione del reddito da invalida, va quindi fatto riferimento a quello ottenibile dall'insorgente in attività semplici e ripetitive nel 2009, ossia fr. 52'572.60 (tenuto conto di un salario medio mensile nel 2008 di fr. 4'116.--, di un'indicizzazione del salario del 2.1% rispetto al 2008 nonché di un orario usuale di 41.7 ore settimanali; cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica).

11.2.2.3 Secondo giurisprudenza, se, per motivi estranei all'invalidità (quali scarsa formazione scolastica, formazione professionale carente, conoscenze linguistiche lacunose, limitate possibilità d'assunzione a causa dello statuto di residenza rispettivamente problematiche legate al mercato del lavoro [cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_205/2011 consid. 6.2 e relativi riferimenti]), il reddito percepito dalla persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute (salario da valida) era considerevolmente inferiore alla media dei salari erogati per un'attività simile nel settore interessato (cioè divergeva di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore [cfr. DTF 135 V 297 consid. 6.1.2]) e altresì non vi è motivo di ritenere che fosse intenzionata ad accontentarsi di un reddito modesto, i medesimi fattori che hanno influenzato negativamente il reddito da valida devono essere considerati anche per fissare il reddito da invalida (cosiddetto principio del parallelismo dei dati da porre a confronto; DTF 134 V 322 consid. 4.1). Sennonché, nel caso concreto non occorre procedere ad alcun parallelismo dei redditi, dal momento che il salario da valida conseguito dalla ricorrente prima dell'insorgenza del danno alla salute (fr. 48'456.35 [cfr. considerando 11.2.1 del presente giudizio]) è superiore, e non inferiore, al salario statistico usuale nel settore di riferimento (della ristorazione e dell'albergheria; cfr. sulla questione le sentenze del Tribunale federale 9C_83/2008 del 19 gennaio 2009 consid. 4.3 e 9C_488/2008 del 5 maggio 2008 consid. 6) nel 2009, livello di qualificazione 4 (la ricorrente non disponendo di alcuna particolare formazione professionale quale aiuto cuoca [cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_1007/2010 del 15 dicembre 2011 consid. 4.4 e relativi riferimenti]), di fr. 47'055.60 (nel 2008, fr. 3'647.-- mensili; nel 2009, fr. 3'734.55 [+ 2,4%] su 40 ore, fr. 3'921.30 su 42 ore).

11.2.2.4 Peraltro, il fatto che il salario da invalido, secondo l'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari, sia superiore al salario da valido, secondo le indicazioni fornite dal datore di lavoro, ancora non è sufficiente a

dimostrarne il carattere illegittimo (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_1087/2009 del 16 aprile 2010 consid. 5.3).

11.2.2.5 Il citato reddito da invalida può altresì essere ridotto, al massimo del 25%, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75). L'UAIE ha operato una riduzione del 5% (poiché la ricorrente non può più svolgere che attività leggere [doc. A 33-1]), riduzione che non è stata contestata in questa sede e che, conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso di specie, può essere ammessa (52'572.60 – 2'628.65 = 49'943.95).

11.2.2.6 Conto tenuto, infine, di una riduzione del 33%, poiché l'insorgente può svolgere un'attività sostitutiva solo nella misura del 67%, consegue un reddito da invalida di fr. 33'462.45 (49'943.95 – 16'481.50).

11.2.3 Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 48'456.35 e quello da invalida di fr. 33'462.45 discende un grado d'invalidità del 31% ($[(48'456.35 - 33'462.45) \times 100] : 48'456.35$), insufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI.

11.2.4 Peraltro, quand'anche si volesse effettuare un adattamento verso l'alto della riduzione giurisprudenziale del 5% di cui al considerando 11.2.2.5 del presente giudizio, essa non potrebbe comunque, secondo questo Tribunale, eccedere nel caso di specie il 10-15% (cfr., sui limiti della riduzione giurisprudenziale, le sentenze del Tribunale federale 8C_283/2011 del 26 maggio 2011 consid. 4 e 9C_474/2010 dell'11 aprile 2011 consid. 3 nonché i relativi riferimenti), con la conseguenza che non sarebbe comunque raggiunta la soglia del 40% d'invalidità legittimante la concessione di un rendita AI svizzera.

12.

In conclusione, il ricorso va parzialmente accolto e l'impugnata decisione del 1° luglio 2010 riformata nel senso che, decorso il termine di attesa legale di un anno, giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, alla ricorrente è riconosciuto il diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° giugno 2009 al 28 febbraio 2010 (momento in cui il miglioramento significativo dello stato di salute dell'insorgente perdurava da tre mesi, giusta l'art. 88a cpv. 1 OAI). Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda al calcolo delle prestazioni ai sensi di legge.

13.

13.1 Le spese processuali ridotte, conto tenuto dell'esito parzialmente favorevole dell'impugnativa, dovrebbero di principio essere poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 e 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). L'insorgente ha chiesto l'assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali. Certo, la ricorrente non ha restituito compilato il formulario "Gratuito patrocinio" sottopostole da questo Tribunale (v. doc. TAF 2) né esibito un documento suscettibile di dimostrare inequivocabilmente il suo stato d'indigenza. Tuttavia, visto da un lato l'ammontare delle spese processuali normalmente richiesto da questo Tribunale in cause analoghe in caso di respingimento del ricorso (di fr. 400.--), e, dall'altro lato, l'esito parzialmente favorevole della causa (che già giustifica una riduzione di dette spese processuali) nonché le precarie condizioni economiche della ricorrente (cfr. scritto della ricorrente all'Ufficio AI del Cantone B._____ del 19 maggio 2010 [doc. A 42-1], mediante il quale la stessa ha segnalato che "definito il periodo assicurativo D._____ mi ritrovo priva di qualsiasi fonte di reddito. Sono divorziata e non ho mai percepito alimenti e nessun bene materiale dal mio ex-marito [...]"), si può eccezionalmente rinunciare (v. art. 6 lett. b TS-TAF) alla percezione delle spese processuali ridotte.

13.2 Ritenuto che l'insorgente non è stata rappresentata in questa sede e che non risulta dalle carte processuali 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. TS-TAF]).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**1.**

Il ricorso è parzialmente accolto e l'impugnata decisione del 1° luglio 2010 è riformata nel senso che alla ricorrente è riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1° giugno 2009 al 28 febbraio 2010. Per il resto, il ricorso è respinto.

2.

Gli atti di causa sono ritornati all'UAIE affinché proceda al calcolo delle prestazioni.

3.

Non si prelevano spese processuali.

4.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

5.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

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: