

BVGer C-5311/2018 vom 7. August 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-08-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5311_2018

FR: TAF C-5311/2018 du 7 août 2019

IT: TAF C-5311/2018 del 7 agosto 2019

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

E. 1.2

La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). 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. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA. Secondo le regole generali del diritto intertemporale, si applicano le norme procedurali in vigore al momento dell'esame del ricorso (DTF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.3

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

E. 2

L'oggetto impugnato è rappresentato dalla decisione dell'UAIE del 14 agosto 2018, mediante la quale l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni della ricorrente. Oggetto della lite è pertanto il diritto della ricorrente ad una rendita d'invalidità svizzera nell'ambito di una prima domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

E. 3

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGA). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione

impugnata. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF 2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). L'autorità di ricorso si limita, di principio, ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

E. 4.1

Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, 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 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1). Nel caso in esame, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le successive (RU 2011 5659; FF 2010 1603) pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata.

E. 4.2

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 (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). 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; 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 (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).

E. 5

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, 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 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE)

n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 6.1

L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può ragionevolmente esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGA, 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 e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). Secondo l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro 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 d'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. 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 (DTF 116 V 246 consid. 1b).

E. 6.2

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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

E. 6.3

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 LAI, secondo cui le rendite corrispondenti a un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo agli assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGa), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o cittadino dell'Unione europea (UE) e risiede in uno degli Stati membri dell'UE (art. 4 e 7 del regolamento [CE] n. 883/2004; DTF 130 V 253 consid. 2.3 e 3.1).

E. 6.4

L'art. 29 cpv. 1 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 LPGa (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI; DTF 142 V 547 consid. 3.2), ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. L'art. 29 cpv. 3 LAI precisa altresì che la rendita è versata all'inizio del mese in cui nasce il diritto.

E. 7.1

Al fine di graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. 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 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste 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 quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato. Affinché un rapporto medico acquisti valore di prova rilevante è determinante che esso sia completo in merito ai temi sollevati, si fondi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi, tenga conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 7.2

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 (DTF 125 V 351 consid. 3a).

E. 7.2.1

Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza

probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione può essere attribuito pieno valore probatorio, a condizione che essi si rivelino concludenti, compiutamente motivati e privi di contraddizioni e che, inoltre, non sussistano degli indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto sussistere delle circostanze particolari che permettono di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 7.2.2

Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (sentenza del TF I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4; DTF 125 V 351 consid. 3b/cc). Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione.

E. 7.2.3

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).

E. 8.1.1

Nel caso concreto, unitamente alla domanda di prestazioni, l'interessata ha trasmesso svariati referti medici: - Per le affezioni di natura cardiologica sono stati prodotti i rapporti manoscritti del dr. F. _____, specialista in malattie cardiovascolari, del 5 luglio 2016 (doc. 5 [=27]) e del 28 gennaio 2017 (doc. 25), nei quali è stata posta la diagnosi di cardiopatia sclero-ipertensiva in paziente obesa per la quale è stato prescritto un trattamento farmacologico. Figura inoltre agli atti l'esame ecocolor-doppler TSA del 28 novembre 2016 attestante una problematica di arteriopatia arteriosclerotica ostruttiva dei TSA (doc. 26). A fronte dell'ipercolesterolemia e dell'ipertrigliceridemia emersa dalle analisi del sangue del 14 luglio 2016 (doc. 18), il dr. G. _____, medico chirurgo, nel referto del 9 dicembre 2016 ha ritenuto necessaria la consultazione di un dietologo (doc. 22, non è dato sapere se un tale consulto sia poi avvenuto o meno). - Per le problematiche all'apparato motorio, sono stati prodotti il certificato manoscritto del 5 luglio 2016 del dr. D. _____, la cui specializzazione non è nota (doc. 8), nonché gli esiti degli esami radiografici riguardanti il ginocchio destro del 12 maggio 2016 (doc. 6 [=20]) e la colonna vertebrale e il bacino del 30 luglio 2016 (doc. 7 [=21]) attestanti la presenza di una coxartrosi e di una gonartrosi a

destra con varismo tibiale. Sono stati inoltre presentati i risultati dell'esame radiologico alla colonna cervicale del 10 settembre 2013 (doc. 23) che ha confermato la presenza di segni di spondilosi già rilevati nell'esame RM del 15 febbraio 2007 (doc. 24). - È stata inoltre trasmessa la perizia medica particolareggiata E213 del 15 dicembre 2016, redatta dal dr.ssa H._____, la cui specializzazione non è nota, dalla quale emergono quali affezioni principali una poliartrite, una broncopatia cronica e un'ipertensione arteriosa, in una situazione di eccedenza ponderale marcata. Nonostante le problematiche evocate - e benché parzialmente invalida ai sensi del diritto italiano (67%) - l'assicurata è stata considerata in grado di continuare a svolgere sia l'attività di casalinga che una qualsiasi attività sostitutiva sedentaria e adatta allo stato di salute (doc. 4).

E. 8.1.2

Nel rapporto finale del 3 luglio 2017, il dr. C._____, preso atto dei referti medici elencati, ha ritenuto non sussistere alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa. Alla luce delle problematiche di poliartrite evocate nella perizia pluridisciplinare egli ha precisato che, benché tale affezione degenerativa si manifesti generalmente in maniera più pronunciata nelle persone obese, non per questo è giustificato il riconoscimento di un'incapacità lavorativa durevole. Tutt'al più, in relazione all'obesità possono essere ritenute alcune limitazioni funzionali (doc. 29).

E. 8.2.1

Con osservazioni dell'8 agosto 2017 (doc. 31), oltre alla documentazione già agli atti, la ricorrente ha prodotto i seguenti referti inediti: - Il certificato manoscritto del 9 settembre 2013 del dr. I._____, la cui specializzazione non è nota, riguardante le affezioni cardiovascolari (doc. 36). - Il certificato del 5 novembre 2013 del dr. J._____, la cui specializzazione non è nota, che pone in maniera sommaria tre diagnosi di competenza ORL (doc. 37). - Il nuovo rapporto manoscritto dell'8 agosto 2017 del dr. D._____, attestante una discopatia a livello L4-L5, una coxalgia bilaterale da coxartrosi e una gonalgia bilaterale (doc. 38).

E. 8.2.2

Nell'avviso del 29 agosto 2017 il dr. C._____ ha attestato che nessuna diagnosi cardiologica incapacitante è emersa dalla documentazione prodotta - dal momento che la cardiopatia ischemica descritta dal dr. I._____, oltre ad essere stabilizzata, non risulta avere alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa - né alcun evento cardiaco degno di nota è stato descritto nell'anamnesi. Alla stessa conclusione è giunto in merito alle diagnosi ORL come pure a quelle descritte dal dr. D._____. Non emergendo dai referti citati alcun elemento nuovo egli ha di conseguenza confermato le conclusioni a cui era giunto in precedenza (doc. 40).

E. 8.2.3

Un secondo parere è stato chiesto al dr. E._____, che nel rapporto del 17 novembre 2017 ha, da un lato, attirato l'attenzione dell'amministrazione sul fatto che l'interessata lavorasse come bracciante agricola stagionale, non a tempo pieno, dall'altro, ha ritenuto che la documentazione versata agli atti fosse insufficiente per prendere posizione in merito allo stato di salute e alla capacità lavorativa (doc. 42).

E. 8.3.1

Come richiesto dall'amministrazione l'assicurata ha quindi prodotto: - La perizia medica particolareggiata E213 del 12 febbraio 2018 del dr. K. _____, la cui specializzazione non è nota, nella quale l'assicurata, pur avendo subito un peggioramento delle condizioni di salute, è stata considerata idonea a svolgere lavori pesanti, senza particolari limitazioni sia nell'attività abituale che in una sostitutiva, come pure in quella di casalinga (doc. 48). - L'esame spirometrico del 21 gennaio 2018 attestante un "deficit ventilatorio misto ostruttivo a prevalenza restrittivo medio" (doc. 49). - Il rapporto ortopedico del dr. D. _____ del 18 gennaio 2018, descrivente una grave obesità e una serie di disturbi degenerativi all'apparato locomotore, sostanzialmente già noti e precedentemente citati, determinanti una facile stancabilità alla stazione eretta e alla deambulazione dopo pochi passi (doc. 50).

E. 8.3.2

Nel rapporto dell'11 aprile 2018 il dr. E. _____ ha posto le diagnosi principali di gonartrosi e coxartrosi e come diagnosi associata la spondilartrosi, entrambe con influsso sulla capacità lavorativa, mentre non sono state considerate incapacitanti la BPCO e la sindrome metabolica. Sulla base della nuova documentazione raccolta, egli ha quindi segnalato la presenza di disturbi degenerativi a livello delle anche e delle ginocchia, ritenendo che le limitazioni funzionali a livello dorsale fossero soprattutto riconducibili all'obesità. A partire dal 21 luglio 2013, l'assicurata è stata quindi riconosciuta abile al 50% nell'attività di bracciante agricola, al 70% nelle attività domestiche e al 100% in un'attività sostitutiva adeguata. A fronte delle limitazioni riscontrate (necessità di svolgere un lavoro seduto, non esposto al freddo, all'umidità e alle intemperie, che non richieda la rotazione del tronco, il sollevamento e il trasporto di pesi superiori a 8 kg, come pure lo svolgimento di attività in posizione piegata, inginocchiata o con le braccia sopra la testa, o ancora lo spostamento su terreni irregolari, su scale [di tutti i generi] e per lunghi tratti in piano [al massimo per 45 minuti]) il dr. E. _____ ha indicato una serie di attività non qualificate esigibili nel settore industriale, dei servizi, del commercio in genere e al dettaglio, oltre che attività semplici e ripetitive d'ufficio e d'amministrazione. (doc. 52).

E. 8.3.3

Il dr. E. _____ si è ulteriormente espresso nell'avviso del 8 agosto 2018, precisando che la documentazione ulteriormente prodotta dall'assicurata, consistente nella trascrizione del rapporto del 5 luglio 2016 del dr. F. _____ e del rapporto dell'8 agosto 2017 del dr. D. _____ (doc. 56-58), già considerata in precedenza, non è suscettibile di modificare la propria valutazione (doc. 60).

E. 8.4.1

In corso di causa, oltre alla documentazione già agli atti, la ricorrente ha ulteriormente prodotto: - Il rapporto del 4 settembre 2018 del dr. L. _____, psichiatra, che elencando in anamnesi le patologie già note ha riscontrato la presenza di una "vasculopatia cerebrale cronica in comorbidità con sindrome depressiva marcata con ampia componente ansiosa e insonnia" per la quale ha prescritto un trattamento farmacologico (allegato al doc. TAF 1). - Il certificato del 5 settembre 2018 del dr. M. _____, oculista, attestante una retinopatia diabetica ipertensiva al I° stadio a entrambi gli occhi (allegato al doc. TAF 1). - Il rapporto cardiologico dell'8 settembre 2018 del dr. F. _____ nel quale sono state riportate le diagnosi già note e nel quale viene lamentata la scarsa adesione alle misure dietetico-nutrizionali e alle "norme di stile di vita" da parte di una paziente obesa affetta da patologie cardiovascolari (allegato al doc. TAF 1). - Gli esami radiografici del 3 settembre

2018 al rachide, bacino, ginocchio e gamba destra e sinistra (allegato al doc. TAF 1).

E. 8.4.2

Passando in rassegna i nuovi referti, il dr. E. _____ ha ritenuto non emergere dalle radiografie elementi sconosciuti, ha ribadito l'assenza di una problematica cardiologia grave ed ha evidenziato l'assenza di esami oggettivi volti a dimostrare l'esistenza delle affezioni psichiatriche evocate per la prima volta dal dr. L. _____. Nel rapporto del 21 novembre 2018, egli si è pertanto riconfermato interamente nella precedente presa di posizione (allegato al doc. TAF 7).

E. 9.1

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

E. 9.2

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).

E. 9.3

Giova inoltre rilevare che nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non è dato 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.

E. 10.1

Le valutazioni del dr. E. _____ su cui l'amministrazione ha fondato la propria decisione (cfr. consid. 8.2.2, 8.3.2, 8.3.3, 8.4.2) si basano sostanzialmente sugli atti medici prodotti dalla ricorrente, fra i quali figurano numerosi esami strumentali nonché pareri specialistici relativi alle differenti problematiche lamentate da quest'ultima.

E. 10.2

Come indicato nella giurisprudenza citata al considerando precedente, 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, interrogato dall'amministrazione per una seconda opinione, il dr. E. _____ ha ritenuto opportuno procedere a dei complementi di istruttoria, non potendo esprimersi con cognizione di causa sulla scorta della sola documentazione fino ad allora esaminata dal dr. C. _____. Una volta ottenuti i complementi richiesti egli ha esposto con chiarezza le proprie valutazioni che, a ben vedere, corrispondono in buona sostanza alle conclusioni esposte nella perizia medica particolareggiata E 213 del 12 febbraio 2018 (doc. 48, consid. 8.3.1). Ciò vale per le patologie invalidanti, come pure per le valutazioni inerenti la capacità lavorativa dell'assicurata.

E. 10.3.1

Il dr. E. _____ ha innanzitutto riassunto in maniera esaustiva le diagnosi emerse nel corso dei numerosi esami medici eseguiti dall'assicurata, distinguendo e motivando con chiarezza quali avessero influsso sulla capacità lavorativa. A tal proposito egli ha ritenuto far parte della prima categoria le affezioni riguardanti l'apparato locomotore, localizzate in particolar modo alle ginocchia, alle anche e alla schiena. Analogamente a quanto fatto in precedenza dal dr. C. _____ non ha per contro considerato le problematiche respiratorie (BPCO), ponderali e cardiovascolari suscettibili di influenzare la ripresa di un'attività lavorativa: dal punto di vista cardiologico non è infatti stata oggettivata la presenza di problematiche maggiori (doc. 40 p. 1, doc. 60, rapporto allegato al doc. TAF 1), mentre dal punto di vista della funzionalità polmonare le affezioni non pregiudicano la possibilità di svolgere attività medio-leggera (doc. 52 p. 1). Riguardo alle diagnosi poste dal dr. L. _____ di "vasculopatia cerebrale cronica in comorbidità con sindrome depressiva marcata con ampia componente ansiosa e insonnia", occorre concordare con il dr. E. _____ che a supporto di tale valutazione non figura agli atti alcun esame oggettivo ed elemento concreto. Infatti al di fuori di una menzione del dr. K. _____ nel rapporto E213 riguardo a una "lieve depressione del tono dell'umore", disturbo comunque non tenuto in conto nell'esposizioni delle diagnosi, nessun'altro medico, né tantomeno l'assicurata ha mai riferito di problematiche di natura psichiatrica o relative a una vasculopatia cervicale. Il dr. L. _____ si è limitato ad esporre le suddette diagnosi, le quali per altro difettano del numero di riferimento ICD-10, senza soffermarsi sull'anamnesi dell'interessata, sulla sua situazione

personale, familiare, lavorativa e sociale, né indicando quali osservazioni e accertamenti gli hanno permesso di giungere a tali conclusioni. Sebbene egli prescriva dei farmaci indicati in caso di depressione e insonnia (Zoloft, Zolopeduar) e uno volto a dilatare i vasi sanguigni cerebrali (Nimotop), egli non ha comunque indicato se e in che modo tali problematiche possano influire sulla capacità lavorativa dell'assicurata. Per tale ragioni occorre accordare una valenza limitata al rapporto del dr. L._____.

E. 10.3.2

Le valutazioni del dr. E._____ divergono parzialmente da quelle del dr. K._____ riguardo alla capacità lavorativa nell'attività abituale di bracciante agricola, dal momento che il primo la ritiene esigibile ancora al 50% mentre il secondo soltanto al 20%. Al riguardo si osserva tuttavia che quest'ultimo si contraddice nel proprio rapporto dal momento che nell'enumerazione dei limiti funzionali indica espressamente come esigibili i lavori pesanti (cfr. doc. 48 p. 7, consid. 8.3.1), nonostante l'attività di bracciante agricola sia, secondo la generale esperienza della vita, per l'appunto un'attività pesante. Sia quel che sia, la questione risulta comunque irrilevante dal momento che, in virtù del principio della riduzione del danno, è sulla base della capacità lavorativa residua in un'attività adeguata che il grado d'invalidità verrà determinato. Su tale punto sia il dr. K._____ che il dr. E._____ sono concordi nel ritenere l'assicurata interamente abile a esercitare un'attività sostitutiva adeguata al suo stato di salute già a partire dal 21 luglio 2013, ossia dall'ultimo giorno di lavoro presso il precedente datore di lavoro.

E. 10.3.3

Riguardo ai limiti funzionali di cui l'assicurata è portatrice, il parere del dr. E._____ non soltanto coincide con la valutazione del dr. K._____ (in particolare riguardo alla deambulazione e allo svolgimento dei lavori sopra le spalle), ma risulta addirittura più favorevole ritenendo l'assicurata non più in grado di svolgere lavori pesanti e stabilisce come capacità di sollevamento e trasporto al massimo 8 kg (doc. 52 p. 2). In aggiunta a quanto indicato dal medico italiano, il dr. E._____ ha inoltre escluso le attività da eseguirsi su terreni accidentati, richiedenti posizione inginocchiata o accovacciata, o l'utilizzo di scale o piani inclinati, limitando gli spostamenti a un massimo di 45 minuti, allineandosi in tal senso alla valutazione esposta nella precedente E213 del 15 dicembre 2016, nella quale la dr.ssa H._____ aveva ritenuto controindicata l'esecuzione di attività esposte all'umidità, al freddo, al fumo e a vapori e a rischio di cadute, soggette a frequenti torsioni e richiedenti il trasporto e il sollevamento di pesi (doc. 4 p. 10).

E. 10.3.4

Al di fuori delle valutazioni esposte dal dr. K._____ e in precedenza dalla dr.ssa H._____, nessun altro medico consultato dalla ricorrente si è espresso compiutamente riguardo ai limiti funzionali e all'influsso delle patologie riscontrate sulla capacità lavorativa. Agli atti non vi è dunque alcun parere discordante riguardo alla possibilità di una ripresa di un'attività sostitutiva, ritenute dal medico fiduciario dell'AI e dai medici estensori delle E213 in tutto o in parte esigibili nonostante il danno alla salute.

E. 10.4

Non emergendo dalla documentazione prodotta contraddizioni riguardo alle diagnosi, ai disturbi lamentati dall'insorgente e al loro influsso sulla capacità lavorativa (ad eccezione di quelle - irrilevanti - indicate sopra), né tantomeno essendovi richieste da parte dei medici curanti di indagare ulteriormente determinate problematiche, non risultava necessario

selezionare in seno al servizio medico dell'AI un medico specializzato in un determinato ambito della medicina. Allo stesso modo neppure era necessario incaricare uno dopo la valutazione del caso da parte del dr. E. _____, non avendone questi fatto domanda e non essendovi motivo di credere che quest'ultimo, dotato di una formazione quale medico perito SIM, non disponesse di tutte le informazioni necessarie per valutare lo stato di salute e la capacità lavorativa dell'insorgente.

E. 11

In definitiva, 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. E. _____ riguardo alle affezioni di cui l'assicurata è portatrice e alle conseguenze sulla capacità lavorativa. 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.

E. 12

Avendo appurato che, a far tempo dal 21 luglio 2013 la ricorrente è abile al 100% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute, occorre ancora esaminare la conformità del tasso di invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

E. 13.1

La scelta del metodo applicabile (metodo ordinario del confronto dei redditi, metodo specifico o metodo misto) dipende dallo statuto attribuito al potenziale beneficiario della rendita. Se una persona vada considerata appartenente all'una o all'altra di queste categorie si determina accertando cosa essa avrebbe fatto, nella medesima situazione, se non fosse subentrato il pregiudizio alla salute. Questo quesito si decide tenendo conto dell'evoluzione della situazione sino all'emanazione della decisione impugnata, ritenuto che l'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa completa o parziale va ammessa ove tale eventualità presenti un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 141 V 15 consid. 3.1 con rinvii). Al fine di determinare lo statuto della persona assicurata (persona esercitante un'attività lucrativa a tempo pieno, a tempo parziale o senza attività lucrativa), si deve segnatamente esaminare se (e in quale misura) la stessa, da sana, avrebbe consacrato l'essenziale della sua attività all'economia domestica o a un'occupazione lucrativa, alla luce della sua situazione personale, familiare, sociale, finanziaria e professionale (sentenza del TF 9C_279/2018 del 28 giugno 2018 consid. 2.2 con rinvii e DTF 130 V 393 consid. 3.3). Ai fini di questa valutazione si deve ugualmente tenere conto della volontà ipotetica della persona interessata, la quale, ove non altrimenti desumibile, dovrà dedursi, in quanto fatto interno, da indizi esterni, stabiliti secondo il grado della verosimiglianza preponderante richiesto nel diritto delle assicurazioni sociali (sentenza del TF 9C_48/2013 del 9 luglio 2013).

E. 13.2.1

Nel caso concreto dall'attestato concernente la carriera assicurativa in Italia (doc. 2), come pure dalle dichiarazioni dell'interessata (doc. 16 p. 1), risulta che sin dal 1975 quest'ultima ha svolto in Italia un'attività dipendente nel settore agricolo. Tale attività è proseguita, sebbene in maniera ridotta (cfr. doc. 2 p. 4) anche nel corso del 1979 e del 1980, anni in cui essa ha svolto un'attività dipendente in Svizzera (doc. 2 p. 2, non è dato sapere quale). A ben vedere, l'interessata ha ottenuto il permesso di soggiorno a (...) unicamente il 10 marzo 1980, comune nel quale ha soggiornato fino al 16 dicembre 1988, per poi lasciare definitivamente la Svizzera (doc. 10). A partire dal 1990, l'assicurata ha ripreso a svolgere

l'attività di bracciante agricola dipendente, solvendo regolari contributi agli istituti previdenziali italiani; tale attività che si è protratta per lo più invariata fino al 2013, ultimo anno di contribuzione registrato (doc. 2 p. 4, doc. 16).

E. 13.2.2

Secondo le dichiarazioni dell'assicurata, e quelle del datore di lavoro, essa lavorava come bracciante agricola stagionale incaricata della raccolta di frutta e di olive, della pulizia del terreno e della zappatura (doc. 16 pp. 1, 6). Il datore di lavoro ha riferito che l'insorgente era impiegata a tempo pieno (8 ore al giorno), per 40 ore settimanali, ad una retribuzione di EUR 5.- l'ora, percependo così uno stipendio mensile di EUR 811.- (dato confermato anche dall'assicurata). L'assicurata ha inoltre riferito di aver usualmente lavorato, nell'attività agricola, fra i 50 e i 100 giorni all'anno (doc. 16 p. 1, doc. 46), circostanza che nuovamente trova conforto nelle indicazioni del datore di lavoro e meglio laddove quest'ultimo quantifica in EUR 3'050.- il salario annuo conseguito nel 2013. Partendo dalle indicazioni riguardanti il salariale mensile, dalle quali si deduce un impiego mensile di 20.3 giorni al mese ($811.- / 5.- / 8$) e a fronte del suesposto salario annuale, si può infatti concludere che nel corso dell'anno 2013 l'assicurata ha lavorato alle dipendenze del proprio datore di lavoro per circa 76 giorni ($3'050.- / 811.- \times 20.3$).

E. 13.2.3

Riguardo all'attività lavorativa stagionale l'assicurata ha inoltre riferito che l'impiego per 50-100 giorni all'anno corrisponde al tempo di lavoro usuale per le donne attive nell'ambito agricolo e che per il resto del tempo essa percepiva un'indennità di disoccupazione da parte dell'INPS, occupandosi in tali periodi delle proprie incombenze domestiche e dell'orto, per consumo proprio (doc. 46). Tale indicazione, a ben vedere, trova conforto nell'attestazione concernente la carriera assicurativa in Italia, dalla quale emerge che fino al mese di dicembre 2013 - momento a partire dal quale l'interessata ha iniziato a percepire una pensione mensile di EUR 501.89 da parte dell'INPS (doc. 3 p. 3) - i contributi agli enti previdenziali erano sempre stati versati per un periodo di gran lunga superiore ai 50-100 giorni (con la sola eccezione degli anni 1993 e 2003). Ciò sottende che, al di fuori di un paio d'anni, l'assicurata abbia sempre percepito nel corso dell'intero anno di riferimento, o comunque per buona parte dello stesso, sotto forma di reddito, o sotto forma di indennità per disoccupazione, delle entrate regolari dalle quali sono stati poi prelevati i contributi di rito.

E. 13.3

Così stando le cose, è pertanto a giusto titolo che l'amministrazione ha considerato l'assicurata come persona attiva a tempo pieno e determinato il grado di invalidità sulla base del metodo ordinario.

E. 14.1

Secondo il metodo generale di comparazione dei redditi (art. 16 LPGGA), a cui rinvia l'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (metodo ordinario sulla base del confronto dei redditi per gli assicurati esercitanti un'attività lucrativa; cfr. anche DTF 137 V 334 consid. 3.1.1).

E. 14.2

Nell'ambito di una prima domanda di rendita, il momento determinante per il raffronto dei redditi, è quello in cui dovrebbe insorgere il diritto alla rendita. Nel caso concreto, sebbene le condizioni per il riconoscimento del diritto alla rendita siano adempiute il 1° luglio 2014, ossia al termine dell'anno d'attesa prescritto dall'art. 28 cpv. 1 let. b LAI (consid. 6.2 e 8.3.2), è tuttavia al più presto dal 1° maggio 2017 - ossia sei mesi dopo il deposito presso l'INPS della domanda di prestazioni del 17 novembre 2016 (doc. 1) - che potrebbe sorgere il diritto alla rendita (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI; cfr. anche CR LPGA- Margit Moser-Szeless, art. 16 LPGA, N 41; Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Ginevra/Zurigo, Schulthess éd. romandes 2018, p.413, N. 35). Pertanto i redditi di riferimento, con e senza invalidità, da determinare sulla base delle indicazioni salariali o statistiche valide per lo stesso anno, saranno quelli del 2017 (sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2), pur tenendo conto delle modifiche riguardanti tali redditi, suscettibili di influire sul diritto alla rendita fino all'emissione della decisione dell'autorità competente (DTF 129 V 222 consid. 4.1 e i riferimenti ivi citati; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p.548, N. 2063-2064).

E. 14.3

La comparazione dei redditi determinanti per valutare il grado di invalidità di un assicurato residente all'estero, deve inoltre essere eseguita sul medesimo mercato del lavoro, posto che la disparità della remunerazione e del costo della vita da un paese all'altro non permette di procedere a una comparazione oggettiva dei redditi in questione (ATF 110 V 273 consid. 4b).

E. 15.1

Ad eccezione dell'anno scelto per il raffronto dei redditi, ossia il 2012, anziché il 2017 (cfr. consid. 14.2), la valutazione dell'invalidità (doc. 53) eseguita dall'autorità inferiore appare sostanzialmente corretta.

E. 15.2.1

È infatti a giusto titolo che l'autorità inferiore ha deciso di riferirsi ai dati statistici svizzeri delle tabelle ISS per determinare il reddito da valido. Al riguardo va rilevato che le indicazioni fornite dal datore di lavoro (doc. 16 p. 6) e dall'insorgente (questionario per l'assicurato [doc. 16 p. 1], documentazione fiscale [doc. 16 p. 12] attestato concernente la carriera assicurativa in Italia [E205]) evidenziano che essa ha svolto in modo saltuario l'attività di bracciante agricola sin da giovane, con un impiego annuo variabile (verosimilmente a seconda delle esigenze dei datori di lavoro), alternando periodi in cui svolgeva altre attività o beneficiava delle indennità per disoccupazione. In simili circostanze risulta praticamente impossibile determinare in maniera concreta e precisa il reddito complessivo percepito dall'assicurata senza il danno alla salute, anche a fronte della difficoltà di fare capo a statistiche complete ed attualizzate concernenti le retribuzioni in Italia. Pure la scelta dell'UAIE di fondarsi sulla tabella T17 appare condivisibile. Secondo il Tribunale federale infatti l'utilizzo della tabella TA17, rispettivamente della T17 (dal 2012), invece dell'usuale tabella TA1, è giustificato qualora permetta di determinare in maniera più precisa il reddito da invalido (sentenza del TF 8C_212/2018 del 13 giugno 2018 consid. 4.4.1 e riferimenti ivi citati). Lo stesso deve valere per il reddito da valido. Ciò è il caso nella fattispecie in quanto la categoria 6 (personale specializzato nell'agricoltura,

silvicoltura e pesca) fissa dati statistici riguardanti il settore primario, per il quale mancano dati di riferimento posteriormente al 2010.

E. 15.2.2

Siccome al momento in cui è stata emanata la decisione litigiosa, il 14 agosto 2018, l'UAIE non poteva ancora disporre dei dati del 2016 (cfr. sito internet <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati/tabella.assetdetail.6286482.html>), è dunque alla tabella T17 2014 che occorre fare capo nell'evenienza concreta. I dati ottenuti vanno poi indicizzati al 2017, anno in cui sorgerebbe il diritto alla rendita (consid. 14.2).

E. 15.2.3

Ne discende che da valida nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e pesca (categoria 6, donne, oltre i 50 anni) l'assicurata avrebbe potuto percepire nel 2014 un salario medio mensile di fr. 4'639.-, che riportato su un orario usuale di 43 ore settimanali e indicizzato al 2017 sulla base dell'indice dei salari nominali valido per le donne fra il 2011-2017 (tabella T.1.2.10 [categoria totale; +1.7%]) corrisponderebbe a un salario mensile da valida di fr. 5'072.-.

E. 15.3.1

Per stabilire il reddito da invalido, alla luce delle attività alternative leggere proposte dal servizio medico ed esigibili al 100% dal 21 luglio 2013, va fatto riferimento a quello ottenibile dall'insorgente in attività semplici e ripetitive secondo la pertinente tabella dell'ISS 2014 (TA1) - non essendo al momento della decisione ancora disponibili i dati del 2016 (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati/tabella.assetdetail.6286473.html>) - e non a quella del 2012 come fatto dall'amministrazione. Occorre inoltre aggiornare il reddito che ne scaturisce al 2017, sempre ricorrendo all'indice dei salari nominali valido per le donne fra il 2011-2017. Ne discende quindi che da invalida, in attività semplice e ripetitiva, l'assicurata avrebbe potuto percepire nel 2017 un salario medio mensile di fr. 4'373.10 (4'300.- [TA1 2012, settore totale, donne] + 1.7% [T1.2.10, categoria totale]), che riportato su un orario usuale di 41.7 ore settimanali, corrisponderebbe a un salario mensile di fr. 4'559.-.

E. 15.3.2

Questo reddito può essere pure ridotto, al massimo del 25%, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75).

E. 15.3.3

L'UAIE ha operato in concreto una riduzione del 20% senza fornire né nel progetto, né nella decisione impugnata maggiori indicazioni riguardo alle proprie motivazioni, ottenendo in tal modo un reddito mensile da invalida di fr. 3'647.-. Tale deduzione, per altro non oggetto di contestazione, può essere confermata in questa sede, risultando financo generosa. Una riduzione del 25%, d'altro canto, non avrebbe mutato le sorti del presente ricorso.

E. 15.4

Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 5'072.- (consid. 15.2.3) e quello da invalido di fr. 3'647.- risulta dunque un grado d'invalidità del 28% ($(\{fr. 5'072.- - fr. 3'647.-\} : fr. 5'072.-) \times 100$), insufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI. In simili condizioni, alla luce del raffronto dei redditi operato da codesto Tribunale, è dunque a giusto titolo che il diritto alla rendita è stato negato.

E. 16

Da quanto esposto, ne consegue che il ricorso è destituito di fondamento e non merita pertanto tutela e la decisione impugnata, seppure con le correzioni indicate nel considerando precedente riguardanti la valutazione dell'invalidità, va confermata nella sostanza.

E. 17

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. 85bis 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). Alla luce di quanto appena esposto la presente sentenza può essere pronunciata a giudice unico.

E. 18.1

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 versato dall'insorgente il 12 ottobre 2018 (cfr. doc. TAF 4-5).

E. 18.2

Non essendo neppure rappresentata da un legale ed essendo interamente soccombente alla ricorrente 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.