



Corte III
C-1562/2017

Sentenza del 24 gennaio 2019

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Vito Valenti, Caroline Gehring,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, diritto alla rendita
(decisione del 16 febbraio 2017).

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadina italiana, coniugata con figli, nata il (...) 1960, ha lavorato in Svizzera come frontaliera dal 1978 al 1981 e dal 1990, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (cfr. ad esempio doc. 13 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Cantone B. _____, in seguito "UAI-B. _____").

A.b Dal 15 novembre 1993 l'assicurata è stata alle dipendenze di C. _____ (in seguito "C. _____"), (...), in qualità di addetta al bar, al 100% fino al 31 marzo 2012 e poi al 90%, per motivi di "ristrutturazione interna legata all'esigenza di reparto" imposti dal datore di lavoro (doc. 37 UAI-B. _____). In seguito a malattia, manifestatasi il 9 agosto 2012, il datore di lavoro ha disdetto il contratto di lavoro con effetto al 30 giugno 2013 (doc. 14 UAI-B. _____).

B.

B.a Dal 9 al 17 agosto 2012, l'assicurata è stata ricoverata presso il reparto di pneumologia dell'D. _____ di (...) ed è stata dimessa con la diagnosi di "insufficienza respiratoria ipossiémica da sospetta ipoventilazione/OSAS in obesità" (doc. 5, p. 27 e seg. UAI-B. _____).

B.b L'interessata è stata nuovamente ricoverata dal 9 al 15 ottobre 2012 presso l'E. _____, sezione di pneumologia riabilitativa in quanto affetta da "sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS). Sindrome delle gambe senza riposo. Obesità" (si confronti la relazione clinica della dr.ssa F. _____ doc. 5, p. 16 doc. UAI-B. _____).

C.

C.a In data 11 aprile 2013, su invito dell'UAI-B. _____, che aveva ricevuto da parte di G. _____ il modulo relativo al rilevamento tempestivo l'interessata ha trasmesso all'amministrazione il formulario di richiesta di prestazioni dell'assicurazione invalidità (doc. 1, 2, 7, 8 UAI-B. _____). Ai fini istruttori l'autorità adita ha assunto agli atti l'incarto dell'assicuratore malattia e ulteriore documentazione medica trasmessa dall'interessata (doc. 13-30 UAI-B. _____).

C.b Nella valutazione peritale del 21 ottobre 2013, allestita su incarico di G. _____ SA, il dr. H. _____, generalista e pneumologo, ha posto la

diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di insufficienza respiratoria ipossiémica da sospetta iperventilazione, attestando un'incapacità lavorativa completa nella precedente attività a partire dal 9 agosto 2012 e una capacità lavorativa in attività esigibili del 70%, dall'estate 2013, intesa come occupazione a tempo pieno con rendimento ridotto (cfr. doc. 57 dell'incarto Cassa malati e doc. 30 e segg. UAI-B._____).

C.c Nel rapporto del 20 gennaio 2014, il dr. I._____, specialista in medicina interna, reumatologia e farmacologia, ha diagnosticato una "possibile artrite reumatoide sieronegativa" oppure una "spondiloartrite indifferenziata (...) da seguire nel tempo" (doc. 50 UAI-B._____).

C.d In data 31 maggio 2014, il dr. L._____, specialista in medicina interna ed in ematologia clinica e di laboratorio, dopo aver certificato che la paziente risultava affetta dalle note patologie, ha precisato che "concomitava inoltre uno stato depressivo con reazione di panico, per cui ho indicato una terapia con farmaco duloxetina e prescritto controlli clinici successivi" (doc. 57, p. 155 UAI-B._____).

C.e Dal canto suo, con certificato medico del 22 ottobre 2014, il dr. M._____, reumatologo, ha posto la diagnosi di "sospetta artrite reumatoide in DD di tipo psoritico" e "possibile fibromialgia (secondaria)" (doc. 57, p. 156 UAI-B._____). Lo specialista ha confermato tali diagnosi con scritto del 10 febbraio 2015 (doc. 57, p. 157 UAI-B._____). Con certificato medico del 30 marzo 2015, egli ha inoltre precisato che la paziente presentava una malattia reumatica infiammatoria e che "in diagnosi differenziale entra la possibilità di un'artrite reumatoide o di una spondiloartropatia in particolare artrite psoriatca". La diagnosi di possibile fibromialgia non è più stata attestata (doc. 60 UAI-B._____).

D.

Con progetto di decisione del 5 marzo 2015 l'amministrazione ha respinto la richiesta di prestazioni, indicando che l'assicurata avrebbe diritto ad una rendita intera per il mese di agosto 2013. Tuttavia, il versamento della rendita poteva avvenire al più presto dal 1°ottobre 2013, dopo sei mesi dalla richiesta di prestazioni AI (art. 29 LAI), data in cui tale diritto non sussisteva, essendo il grado di invalidità inferiore al 40% (doc. 54).

E.

Il dr. N._____, specialista in medicina interna generale del SMR, in data 15 settembre 2015, preso tuttavia atto del "quadro poco chiaro a livello

diagnostico e funzionale”, e dell’attestato peggioramento del quadro depressivo ha proposto di completare l’istruttoria con una perizia pluridisciplinare psichiatrica, neurologica, reumatologica e pneumologica (doc. 69 UAI-B._____).

F.

Nel frattempo il 19 settembre 2015, l’assicurata è stata ricoverata presso il servizio psichiatrico dell’O._____ di (...). Essa è stata dimessa il 9 ottobre 2015 con diagnosi di: “depressione maggiore, episodio ricorrente grave, con comportamento psicotico (...)” (cfr. doc. 74 UAI-B._____).

G.

G.a La perizia pluridisciplinare è stata allestita il 12 settembre 2016, dai dr. i P._____ e Q._____, specialiste in medicina interna del R._____ (R._____) dell’S._____ (S._____), con il coinvolgimento dei dr. i T._____ (oftalmologa), U._____ (reumatologo), V._____ (specialista in psichiatria e psicoterapia), Z._____ (neurologo), AA._____ (specialista in medicina interna, endocrinologia e diabetologia), AB._____ (cardiologo) e AC._____ (pneumologo) (doc. 97 UAI-B._____). Del contenuto si dirà, nei considerandi di diritto.

G.b Con presa di posizione dell’11 ottobre 2016 i periti R._____ hanno risposto alle domande poste dal dr. N._____ del SMR, precisando che per quanto riguarda l’aspetto psichiatrico sussiste un’incapacità lavorativa del 40% a partire dall’ottobre 2015 (doc. 100 UAI-B._____).

H.

Con rapporto finale SMR del 12 ottobre 2016 (doc. 99 UAI-B._____), il dr. N._____ ha confermato le diagnosi e le conclusioni del R._____, secondo cui vi era in sostanza una capacità lavorativa del 90% nell’attività abituale ed in attività adeguate a partire dal dicembre 2012 ed una capacità lavorativa del 60% a partire dal 10 ottobre 2015, segnalando altresì un’incapacità lavorativa nelle mansioni consuete del 20% a partire da settembre 2015.

I.

Nell’inchiesta per le persone che si occupano dell’economia domestica del 25 novembre 2016, l’assistente sociale ha valutato che sussisteva un’invalidità del 22% da agosto 2012 (doc 106 UAI-B._____).

J.

L'UAI-B._____ ha quindi emesso un nuovo progetto di decisione del 16 dicembre 2016, con cui ha prospettato di non accordare provvedimenti professionali e, in applicazione del cosiddetto "metodo misto", di respingere la richiesta di rendita, avendo accertato un grado di invalidità del 38% (doc. 109 UAI-B._____).

K.

Al progetto di decisione del 16 dicembre 2016, l'assicurata si è opposta con scritto dell'avv. AD._____ del 9 gennaio 2017, adducendo che dai documenti agli atti emergeva un'incapacità lavorativa sufficiente per riconoscere una rendita d'invalidità (doc. 112 UAI-B._____).

L.

Con decisione del 16 febbraio 2017 l'UAIE ha confermato il progetto di decisione del 16 dicembre 2016 e respinto la domanda di prestazioni (doc. 114 e 115 UAI-B._____).

M.

Con gravame del 13 marzo 2017, la ricorrente, per il tramite del proprio patrocinatore, ha chiesto a questo Tribunale di annullare la decisione dell'UAIE del 16 febbraio 2017 e di riconoscerle una rendita d'invalidità (doc. TAF 1). Dei motivi si dirà, se necessario, nei considerandi di diritto.

N.

In data 17 maggio 2017, la ricorrente ha versato il richiesto anticipo spese di CHF 800.- (doc. TAF 2 e 4).

O.

Con risposta di causa del 2 agosto 2017 l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato, rinviando al preavviso dell'UAI-B._____ del 21 luglio 2017 (doc. TAF 8).

P.

Con decisione incidentale del 13 luglio 2018, questo Tribunale ha chiesto ai periti del R._____ di indicare il codice ICD relativo alla diagnosi di fibromialgia e di trasmettere i criteri ACR 1990 e ACR 2010 così come l'allegato citato dal dr. U._____ nella perizia del 6 aprile 2016, indicando pure quali criteri risultavano adempiuti nella fattispecie (doc. TAF 13). A tale richiesta, il R._____ ha dato seguito il 9 agosto 2018 (doc. TAF 16).

Q. In data 15 agosto 2018, la risposta del R. _____ è stata sottoposta alle parti per eventuali osservazioni (doc. TAF 18).

R.

In data 20 agosto 2018, l'avv. AD. _____ ha comunicato a questo Tribunale che la ricorrente aveva revocato il mandato di rappresentanza in suo favore (doc. TAF 21).

S.

Con presa di posizione del 30 agosto 2018, nonché con le allegate osservazioni dell'UAI-B. _____ del 23 agosto 2018, l'autorità inferiore ha ribadito le proprie conclusioni, postulando la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 22).

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 LTAF (RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA (RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni di tale legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo delle spese processuali è stato inoltre tempestivamente saldato (doc. TAF 2 e 4).

2.

2.1 Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

2.2 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

2.3 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

2.4 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

2.5 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

2.6 Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

2.7 Nell'evenienza concreta, la decisione impugnata, con cui è stata respinta la richiesta di prestazioni AI dell'11 aprile 2013 (doc. 7) è stata emessa in data 16 febbraio 2017 (doc. 113). Ritenuto che il diritto alle prestazioni di invalidità sarebbe sorto al più presto il 1° ottobre 2013 sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente fino alla data della decisione impugnata (art. 29 cpv. 1 LAI).

3.

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi 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 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 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).

4.

Oggetto del contendere, nel caso concreto, è la mancata assegnazione di

una rendita di invalidità a A. _____ con effetto al più presto dal 1° ottobre 2013.

4.1 Secondo la ricorrente la decisione impugnata non terrebbe conto della patologia psichiatrica da cui è affetta, motivo per cui chiede che venga disposta una perizia specialistica al fine di determinare il reale grado di invalidità (doc. TAF 1).

4.2 D'altro canto, l'amministrazione, sulla scorta segnatamente della perizia pluridisciplinare del 12 settembre 2016 (doc. 97 UAI-B. _____) indica in particolare che a fronte di un approfondito accertamento medico, "l'assicurato ha manifestato un dissenso puramente soggettivo nei confronti della valutazione operata dall'amministrazione senza tuttavia produrre – in sede di ricorso – eventuali elementi oggettivi, segnatamente di natura medica, a sostegno delle proprie argomentazioni" (doc. TAF 8 e 22).

5.

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 43 LPGa ed anche art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

6.

6.1 In base all'art. 8 cpv. 1 LPGa è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

6.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni cumulative:

- a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili;
- b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e
- c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

6.3 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

6.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

6.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e

110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGa, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi). In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

6.6 L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGa, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28a cpv. 2 LAI). Se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGa. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2 dell'art. 28a LAI. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti (art. 28a cpv. 3 LAI; metodo misto, cfr. DTF 137 V 334 consid. 5 e 130 V 393 consid. 3.3 nonché relativi riferimenti; v. pure sentenze del TF 9C_963/2013 del 24 ottobre 2014 consid. 4 e 9C_52/2013 del 12 aprile 2013 consid. 2.1 e riferimenti). Nell'ambito delle attività domestiche, l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97 consid. 3.3.1). L'art. 27 dell'aOAI (in vigore dal 1° gennaio 2004 al 31 dicembre 2017, RS 831.201) precisava che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità (cfr. tuttavia il tenore del nuovo art. 27 OAI, in vigore dal 1° gennaio 2018).

7.

7.1 Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 cpv. 1 LPGa), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio gli accertamenti necessari e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

7.2 Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2).

7.3 In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la concludenza. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

7.4 Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 134 V 231 consid. 5.1 pag. 232; 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160).

7.5 Con sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza, abbandonando la presunzione secondo cui i disturbi da dolore somatoforme possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile da parte della persona che ne è affetta (questa presunzione implicava peraltro il presupposto che l'incapacità di compiere simili sforzi comportava sempre e solo una completa incapacità al lavoro; DTF 141 V 281 consid. 3.4.2.2) e stabilendo che la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di disturbi da dolore somatoforme oppure di un'affezione psicosomatica assimilata a questi ultimi (DTF 141 V 281 consid. 4.2) deve essere

valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti normativa strutturata atta a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 3.4, 3.5 e 3.6).

7.6 Il Tribunale federale ha stabilito degli indicatori per la valutazione del carattere invalidante delle affezioni psicosomatiche, suddividendoli in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3):

A. Categoria "gravità funzionale"

a. Complesso "danno alla salute"

i. Risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi

ii. Successo od insuccesso del trattamento

iii. Successo od insuccesso della reintegrazione

iv. Comorbidità

b. Complesso "personalità" (diagnosi della personalità, risorse personali)

c. Complesso "contesto sociale"

B. Categoria "coerenza" (aspetti del comportamento)

a. Limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili

b. Sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione.

Gli indicatori della categoria "gravità funzionale" costituiscono la base della valutazione del caso concreto, le cui conclusioni dovranno poi essere analizzate nell'ambito della valutazione del caso secondo gli indicatori della categoria "coerenza", tenendo altresì conto delle circostanze particolari della fattispecie. Il catalogo di indicatori è peraltro destinato a modificarsi in relazione agli sviluppi delle conoscenze scientifiche (DTF 141 V 281 consid. 4.1.1 e 4.3).

Per quanto attiene ai menzionati indicatori per la valutazione del caso, il Tribunale federale ha ritenuto che bisogna tener conto maggiormente degli

effetti delle affezioni psicosomatiche sulla capacità della persona di esercitare il proprio lavoro e di compiere gli atti della vita quotidiana. Nell'ambito della diagnosi, si dovrà prendere in considerazione il fatto che una diagnosi di disturbo da dolore somatoforme implica un certo grado di gravità (DTF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). Lo svolgimento e l'esito dei trattamenti terapeutici e delle misure di reintegrazione professionale forniranno altresì delle indicazioni sulle conseguenze delle affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). Bisognerà prendere in considerazione anche le risorse personali della persona in rapporto alla sua personalità ed al contesto sociale in cui vive (DTF 141 V 281 consid. 4.3.2 e 4.3.3). Sarà altresì determinante la questione di sapere se le limitazioni funzionali si manifestano nello stesso modo in tutti gli ambiti della vita (lavoro e tempo libero) e se la sofferenza implica il ricorso alle offerte terapeutiche esistenti (DTF 141 V 281 consid. 4.4 a 4.4.2).

Il Tribunale federale ha comunque sottolineato che la nuova giurisprudenza non implica alcuna modifica del presupposto, di cui all'art. 7 cpv. 2 LPGA, secondo cui sussiste un'incapacità al guadagno suscettibile di cagionare un'invalidità soltanto se la stessa non è obiettivamente superabile. La nuova giurisprudenza non pregiudica altresì la necessità di riscontri oggettivi. Le valutazioni e le limitazioni soggettive che non sono spiegabili dal profilo medico non potranno essere considerate quali danni alla salute invalidanti, fermo restando che in tali casi di frequente non è seguito alcun trattamento adeguato (DTF 141 V 281 consid. 3.7.1). Pertanto, il Tribunale federale ha confermato che occorre partire dal principio che la persona che soffre di un'affezione psicosomatica è da considerarsi siccome valida (DTF 141 V 281 consid. 3.7.2).

Nella sentenza 9C_899/2014 del 29 giugno 2015, il Tribunale federale ha poi precisato che, dal profilo medico, deve essere spiegato per quale motivo le limitazioni funzionali riscontrate giustificano una limitazione della capacità lavorativa, tenuto conto dello sforzo di volontà ragionevolmente esigibile, secondo gli indicatori stabiliti (sentenza del TF 9C_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 3.2). Un disturbo da dolore somatoforme od una patologia psicosomatica assimilata a quest'ultimo comportano un'invalidità, nella misura in cui le limitazioni funzionali di uno stato di salute accertato dal profilo medico sono dimostrate, secondo gli indicatori stabiliti, in modo convincente e senza contraddizioni, perlomeno nel senso della verosimiglianza preponderante. In caso contrario, la persona assicurata sopporta le conseguenze dell'assenza di prova (DTF 141 V 281 consid. 6 e sentenza del TF 9C_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 3.2).

Quanto agli effetti transitori della nuova giurisprudenza, il Tribunale federale ha osservato che la giurisprudenza concernente i requisiti di una perizia medica, di cui alla DTF 137 V 210 consid. 6, mantiene la propria validità, nel senso che le perizie mediche eseguite secondo i precedenti criteri non perdono necessariamente il loro valore probatorio. Nel singolo caso, occorre però esaminare, conto tenuto delle particolarità del caso e delle censure sollevate, se i documenti medici agli atti permettono una valutazione convincente del caso secondo gli indicatori stabiliti. Se del caso, un complemento della perizia medica può essere sufficiente (DTF 141 V 281 consid. 8).

Secondo le recenti sentenze pubblicate in DTF 143 V 409 e 418 è corretto e conforme al sistema sottoporre ad una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281 in linea di principio, tutte le malattie psichiche. È infatti erroneo qualificare come leggera un'affezione, per il motivo che la diagnosi non richiede un grado di gravità e già solo per questa ragione negare ogni limitazione rilevante della capacità lavorativa. Ciò vale a maggior ragione per il fatto che distinguere tra disturbi somatoformi oppure disturbi funzionali riconducibili a depressione crea spesso problemi in ambito peritale (DTF 143 V 409 consid 4.5.).

Un tale procedimento è superfluo se l'incapacità lavorativa è negata sulla base di rapporti con forza probante allestiti da medici specialisti (si veda DTF 125 V 351) e se eventuali valutazioni contrarie non hanno valenza probatoria, perché i referti provengono da medici senza qualifica specialistica o perché vi sono altre ragioni (DTF 143 V 409 consid. 4.5).

7.7 Giova altresì rilevare che il parere dei medici curanti va considerato con prudenza, in quanto essi possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza del particolare legame istauratosi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

7.8 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).

8.

Nel caso in esame la ricorrente fonda essenzialmente le proprie censure sul rapporto di dimissione del 9 ottobre 2015 del dr. AE. _____, che ha posto tra l'altro la diagnosi di depressione maggiore, episodio ricorrente grave con comportamento psicotico (senza indicare il relativo codice ICD; allegato doc. TAF 6), secondo cui:

“la paziente è stata ricoverata per un episodio caratterizzato da deflessione timica, confusione e disorganizzazione idetica con ideazione paranoidea, focalizzata prevalentemente sul marito. Tale sintomatologia è stata verosimilmente elicitata da eventi di vita stressanti. All'ingresso appariva confusa, scarsamente comunicativa, i nessi logici erano labili ed il tono dell'umore deflesso con tratti di disforia. Progressivamente, con l'impostazione della terapia farmacologica, la paziente ha recuperato un adeguato timismo, si sono risolte le confabulazioni e le tematiche deliranti si sono nettamente attenuate. Attualmente il pensiero è adeguato e consequenziale, il tono dell'umore è in asse, non sono presenti sintomi psicotici spontanei, non sintomi dissociativi né tratti impulsivi. Buona la critica di malattia e l'adesione alle cure. Si dimette in buon compenso psicopatologico”.

Lo specialista non ha attestato in/capacità lavorativa all'uscita.

9.

9.1 L'UAIE dal canto suo ha fondato la propria decisione sulla perizia pluridisciplinare del R. _____ del 12 settembre 2016, esperita anche alla luce del peggioramento dello stato di salute psichico, nella quale sono state poste le seguenti diagnosi:

“5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa:

Fibromialgia

Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado da lieve a medio (ICD-10 F33.1).

5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa:

Cheratocongiuntivite di origine indeterminata di media entità (DD su Sindrome Sicca).

Lieve miopia, astigmatismo miopico e presbiopia.

Sindrome delle apnee da sonno di tipo ostruttivo di grado severo (indice di apnea ipopnea 36).

Pregressa artrite indifferenziata anamnestica del ginocchio ds.:

- versamento articolare anamnesticamente infiammatorio senza cristalli,
- attualmente nessun segno di attività (nessuna sinovite o tenosinovite, nessuna dattilite, sonografia delle mani perfettamente normale),
- profilo autoanticorporale negativo.

Ipotireosi (causa non determinata) nota e sostituita da più di vent'anni con attuale situazione di eutireosi.

Toracalgie ricorrenti di causa indeterminata su/con:

- ipertensione arteriosa, alterazioni aspecifiche diffuse dell'ECG, obesitas, anamnesi familiare positiva per malattie cardiovascolari.

Sindrome metabolica:

- ipertensione arteriosa trattata;
- obesitas permagna (BMI 40 kg/m²):
- iperuricemia in trattamento con Allopurinolo;
- ipercolesterolemia non trattata.

Anemia ferropriva DD stitlicidio gastrointestinale cronico.

Sindrome delle gambe irrequiete.

Ipovitaminosi D:

- attuale valore vitamina D 25-OH 28,7 ng/ml".

9.2 Su richiesta della giudice dell'istruzione il R. _____ ha completato la perizia indicando il codice ICD relativo alla diagnosi di fibromialgia (doc. TAF 16) e precisando che "per quanto riguarda i criteri ACR 1990, questi sono riempiti perché la paziente ha almeno 11 tender points e dolori diffusi

da oltre 3 mesi. Per quanto riguarda i criteri ACR 2010, criteri solamente anamnestici, vedi allegato”.

9.3 I periti hanno quindi concluso che l'assicurata era abile al lavoro nella precedente attività di barista ed in attività adatte nella misura del 60% (intesa come riduzione del rendimento globale) a partire dal 10 ottobre 2015 e che in precedenza essa presentava una capacità lavorativa del 90% dal 9 agosto 2012 in attività adeguate e nella precedente attività (doc. 97, p. 26 UAI-B._____). In merito alle attività adattate, i periti hanno indicato essere esigibile, dal punto di vista psichiatrico un'attività che tiene “conto dello stante livello di fragilità strutturale della personalità emotiva dell'A. e della sua tendenza alle ricorrenze depressive”, dal lato reumatologico “un lavoro leggero e che tenga conto delle risorse fisiche dell'A. (...)”, dal punto di vista oftalmologico l' ambiente non deve essere troppo esposto sia al sole che al vento, con utilizzo da parte dell'A. di protezione con occhiali eventualmente fotocromatici (cfr. doc. 97, p. 26 e 28 UAI-B._____).

Suddette valutazioni sono state confermate dai periti anche nelle osservazioni dell'11 ottobre 2016 con cui hanno precisato, da una parte, di non ritenere che i problemi pneumologici diagnosticati nel 2012 abbiano giustificato un'incapacità lavorativa persistente nell'attività precedente, ritenendo una totale inabilità lavorativa unicamente per il periodo dal 9 agosto 2012 ad inizio novembre dello stesso anno. D'altra parte, i periti hanno pure ribadito che l'assicurata, prima del ricovero di settembre 2015, non ha “mai presentato un quadro d'incapacità lavorativa totale o parziale dovuto a patologia psichiatrica (...)” (doc. 100 UAI-B._____).

9.4 Con riferimento in primo luogo all'allegazione della ricorrente secondo cui la decisione impugnata non terrebbe conto della patologia di origine psichica, attestata nella relazione di dimissione del dr. AE._____, va rilevato che ai fini dell'allestimento della perizia pluridisciplinare del 12 settembre 2016, i periti disponevano del citato referto che è stato considerato nella valutazione da essi espressa (cfr. in particolare doc. 97, p. 9, 14 e 15, 24 UAI-B._____). Da un punto di vista psichiatrico, il dr. V._____ ha difatti espressamente confermato sulla base dell'anamnesi e della valutazione clinica, l'esistenza di una malattia psichiatrica diagnosticando una sindrome depressiva ricorrente con episodio attuale di grado da lieve a medio (ICD-10 F33.1). Inoltre, il perito, in virtù della citata affezione, ha ritenuto che l'assicurata manifestava “una deficitaria presa di conoscenza sulle cose legate all'inconsistenza dell'io” e che “era costantemente alle prese con oscillazioni umorali quotidiane e ricorrenze depressive di gravità

più o meno grave che hanno costellato parecchi anni della sua vita creando la base del disturbo affettivo cronicizzato di cui ella è affetta”.

Pure il medico SMR, con rapporto finale del 12 ottobre 2016 ha confermato la diagnosi e l'incapacità lavorativa ritenuta dai periti (doc. 99 UAI-B._____).

9.5 Alla luce di quanto sopra esposto, questo Tribunale rileva che, al contrario di quanto addotto dall'assicurata con il gravame del 13 marzo 2017, i periti hanno tenuto conto della patologia psichiatrica di cui soffre così come del referto del dr. AE._____ e delle conseguenze sulla capacità lavorativa. Inoltre, sia quest'ultimo, che il dr. V._____, concordano sul fatto che, dopo il peggioramento del settembre 2015 con conseguente ricovero ospedaliero, lo stato di salute dell'assicurata è migliorato, con una discreta stabilizzazione del quadro clinico dal punto di vista psichiatrico. Risulta pertanto giustificata la conclusione secondo cui vi è stato un conseguente recupero parziale della capacità lavorativa a partire dal 10 ottobre 2015. D'altronde su quest'ultimo punto il dottor AE._____ non si è espresso.

9.6 Peraltro, una totale incapacità lavorativa a partire dal 9 agosto 2012, viene attestata esplicitamente unicamente dal dr. AF._____, generalista, nonché medico di famiglia dell'assicurata, tramite certificati o rapporti, con cui, di regola, si limita ad attestare che il periodo di incapacità lavorativa continua in ragione delle note affezioni (cfr. ad esempio doc. 28 UAI-B._____ e doc. 4 e segg. Cassa malati) e nei quali è generalmente assente una classificazione secondo l'ICD, un'indicazione dei limiti funzionali, così come una motivazione delle conclusioni addotte. Pertanto, si tratta di referti il cui valore probatorio è relativo e non può assurgere a quello pieno di una perizia, essendo tra l'altro redatti dal medico curante (a tal riguardo cfr. consid. 8.5), oltretutto privo delle specializzazioni del caso. Essi non sono pertanto atti a mettere in discussione le conclusioni peritali del R._____.

9.7 Per quel che concerne invece la valutazione peritale allestita del dr. H._____ in data 21 ottobre 2013 (doc. 57 Casa Malati), va rilevato che essa riporta una diagnosi non accertata (“insufficienza respiratoria ipoventilazione”), basata su esami strumentali effettuati da altri sanitari e soprattutto in assenza di una valutazione complessiva delle patologie di cui soffre l'assicurata. Già solo per questo motivo non si tratta di un referto atto a documentare in maniera concludente un'incapa-

capacità lavorativa di lunga durata della ricorrente e quindi non mette in discussione le conclusioni dei periti incaricati dall'UAI-B._____. Difatti, è unicamente al momento della discussione relativa alla perizia pluridisciplinare del 12 settembre 2016, che gli specialisti in materia si sono chinati su tale questione ed hanno concluso che "riguardo al sintomo primo di dolore toracico che ha portato poi alla diagnosi respiratoria, il nostro consulente reumatologo Dr. med. U._____, sempre in ambito peritale, pone diagnosi di fibromialgia, quadro clinico presente sin dall'agosto 2012 e che comporta da allora un'incapacità lavorativa del 10%. Si ritiene dunque che dall'agosto 2012 invalidante e con incapacità lavorativa ancora presente, sia il quadro fibromialgico, mentre dal lato pneumologico la diagnosi di OSAS ha comportato unicamente un'incapacità lavorativa completa dall'agosto al novembre 2012, dovuta a due ricoveri ospedalieri, con adattamento di trattamento ventilatorio a domicilio" (doc. 100 UAI-B._____).

9.8

9.8.1 Per quel che attiene la capacità lavorativa residua, i periti hanno poi precisato che a partire dal momento dell'acutizzarsi del disturbo psichico nel settembre 2015, "l'incapacità lavorativa psichiatrica e reumatologica vanno integrate e non sommate in quanto entrambe prendono in considerazione la stanchezza cronica e il dolore" (doc. 97, p. 20 UAI-B._____).

9.8.2 In proposito va rilevato che secondo il Tribunale federale il grado di incapacità lavorativa complessivo va stabilito in base ad una valutazione globale, un semplice cumulo dei gradi essendo inammissibile (sentenza del TF 9C_295/2013 del 20 giugno 2013 consid. 4.4). Inoltre, sempre secondo l'Alta Corte, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità lavorativa vanno sommati, e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che, di principio, il giudice non rimette in discussione (sentenza del TF 9C_400/2011 del 20 marzo 2012 che rinvia alla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 n. 72 pag. 485 consid. 2b; anche sentenza 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.2).

Del resto non vi è, come detto, alcun documento agli atti che mette in discussione le citate conclusioni.

9.9 Pertanto, dai documenti medici all'incarto risulta che i periti hanno debitamente tenuto conto sia della problematica psichiatrica, sia delle ulteriori patologie, incontestate nel gravame del 13 marzo 2017. Inoltre, essi si sono

pure chinati sulla questione dell'effetto congiunto delle diagnosi (di fibromialgia e depressione ricorrente) con effetto sulla capacità lavorativa residua, motivando in maniera comprensibile, concludente e pertanto convincente per quale motivo, nella fattispecie, i gradi di incapacità lavorativa devono essere integrati e non cumulati.

10.

10.1 In definitiva, in virtù delle considerazioni appena esposte, occorre riconoscere che questa Corte non ha fondato motivo di scostarsi dalle conclusioni peritali. Da tali valutazioni non emergono infatti contraddizioni di sorta e tra i documenti agli atti non vi è alcun referto medico suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni complete ed esaustive tratte dai periti riguardo alla sindrome ansioso-depressiva lamentata dall'assicurata e al miglioramento delle condizioni di salute e della capacità lavorativa a far tempo dal 10 ottobre 2015.

Al proposito va ancora rilevato che in concreto l'esecuzione di una procedura probatoria strutturata risulta superflua ai sensi della giurisprudenza del TF in quanto l'incapacità lavorativa è stata parzialmente negata sulla base di rapporti con forza probante allestiti da medici specialisti (si veda DTF 125 V 351) e le valutazioni contrarie non hanno, come detto, valenza probatoria piena, perché i referti provengono da medici senza qualifica specialistica (DTF 143 V 409 consid. 4.5) e non sono completi.

Non è pertanto necessario in concreto esperire né una perizia psichiatrica supplementare né un complemento peritale.

10.2 In conclusione risulta quindi provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che a partire dal 10 ottobre 2015 lo stato di salute della ricorrente si era stabilizzato e che la stessa era abile a svolgere il precedente lavoro o altre attività adeguate nella misura del 60% (inteso come attività a tempo pieno con riduzione del rendimento), mentre a partire da dicembre 2012 risultava esigibile un'occupazione al 90% nell'attività abituale o in attività adeguate.

Su questo punto la decisione impugnata va pertanto confermata.

11.

11.1 Occorre ancora esaminare se l'UAIE ha stabilito correttamente il grado di invalidità, ritenuto che l'assicurata ha dichiarato che avrebbe lavorato a tempo pieno (doc. 106 UAI-B._____).

11.2

11.2.1 In via preliminare va rilevato che per l'art. 28 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lett. a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40 per cento in media durante un anno e senza notevole interruzione (lett. b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40 per cento (lett. c).

11.2.2 In concreto il diritto alla rendita potrebbe sorgere al più presto il 1° ottobre 2013 (consid. 2.7). Tuttavia il presupposto dell'anno d'attesa non era adempiuto a tale data ritenuto che i periti del R. _____ hanno attestato fino al ricovero del 19 settembre 2015 una capacità lavorativa del 90% (consid. 9). Durante la degenza ospedaliera durata fino al 9 ottobre 2015, l'assicurata era inabile al lavoro al 100% (doc. 74 UAI-B. _____), mentre dalla dimissione era abile al lavoro al 60%.

In simili condizioni l'anno d'attesa di cui all'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI va considerato adempiuto dal 19 settembre 2016. L'eventuale rendita va pertanto versata dal 1° settembre 2016 (art. 29 cpv. 3 LAI).

11.3

11.3.1 Secondo l'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).

11.3.2 L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (metodo specifico sulla base del confronto delle mansioni consuete per gli assicurati non esercitanti un'attività lucrativa e in particolare per gli assicurati che si occupano dell'economia domestica; art. 28a cpv. 2 LAI in relazione con gli art. 27 OAI e 8 cpv. 3 LPGGA).

11.3.3 Infine, secondo l'art. 28a cpv. 3 LAI, qualora l'assicurato eserciti un'attività lucrativa a tempo parziale, o collabori gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità, per questa parte, è determinata secondo l'art. 16 LPGa. Se, inoltre, svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2 dell'art. 28a LAI. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e quella dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti (metodo misto per gli assicurati esercitanti solo parzialmente un'attività lucrativa; art. 28a cpv. 3 LAI in relazione con gli art. 27bis OAI e 16 LPGa, cfr. pure DTF 130 V 97 e sentenza del TF 8C_912/2015 del 18 aprile 2016 consid. 4).

11.3.4 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).

11.4

11.4.1 Nella fattispecie, l'amministrazione ha stabilito un grado di invalidità pari al 38% in base al metodo misto, ritenendo l'assicurata attiva professionalmente in ragione del 90% e quale casalinga per il restante 10%. Tuttavia, dagli atti risulta che l'assicurata, coniugata con figli in età adulta, ha lavorato a tempo pieno per oltre vent'anni (cfr. doc. 97, p. 10 UAI-

B. _____) e che il suo ultimo datore di lavoro ha ridotto la percentuale occupazionale al 90% a partire dal 1° aprile 2012 per motivi di ristrutturazione interna legata all'esigenza di reparto, pertanto indipendentemente dalla sua volontà (doc. 37 UAI-B. _____). Ad inizio agosto 2012 sono poi insorti i problemi pneumologici per cui la ricorrente è stata ricoverata dal 9 al 17 agosto 2012 presso la sezione di pneumologia dell'D. _____ di (...) (doc. 5, p. 27 e seg. UAI-B. _____). In seguito, essa non ha ripreso l'attività lavorativa e pertanto lavorato al 90% unicamente durante qualche mese. Inoltre, la stessa, in occasione dell'inchiesta economica del 25 novembre 2016, ha esplicitamente dichiarato che "da parte sua avrebbe continuato a svolgere la sua funzione in misura del 100%" (doc. 106 UAI-B. _____). In simili circostanze questo Tribunale ritiene dunque che l'interessata deve essere considerata come persona attiva professionalmente a tempo pieno per quel che concerne la valutazione dell'invalidità (cfr. TFA I 483/98 del 20 giugno 2000 e sentenza del TF 8C_265/2013 del 25 novembre 2013, consid. 3).

11.4.2 Alla luce di quanto sopra esposto va applicato il metodo generale di comparazione dei redditi (art. 16 LPGa).

11.5

11.5.1 Secondo l'art. 25 cpv. 1 OAI sono considerati redditi ai sensi dell'art. 16 LPGa i redditi annui presumibili sui quali sarebbero riscossi i contributi disposti dalla LAVS. Se un assicurato esercita sia un'attività indipendente, che un'attività salariata, il suo reddito è determinato tenendo conto dei proventi di entrambe le attività (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-veillesse et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p. 548, N. 2065).

11.5.2 Il momento determinante per il raffronto dei redditi, è quello in cui dovrebbe insorgere il diritto alla rendita, in concreto il 1° settembre 2016. Pertanto i redditi con e senza invalidità devono essere determinati sulla base delle indicazioni statistiche, valide per lo stesso anno (sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2) tenendo conto delle modifiche riguardanti tali redditi e suscettibili di influire sul diritto alla rendita fino all'emissione della decisione dell'autorità competente (DRF 129 V 222 consid. 4.1 e i riferimenti ivi citati; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-veillesse et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p. 548, N. 2063-2064).

11.5.3 Il raffronto dei redditi di un assicurato residente all'estero, deve inoltre essere eseguito tenendo conto del 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).

11.6

11.6.1 Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti).

11.6.2 Nel caso concreto a tempo pieno presso il suo ultimo datore di lavoro, l'assicurata, nel 2015 avrebbe percepito un salario di CHF 57'000.- (cfr. doc. 101 e 102 UAI-B._____). Aggiornando questo dato all'evoluzione dei salari nominali al 2016, si ottiene un reddito da valida di CHF 57'544.95.- (CHF 57'000.- / 104.6 x 105.6; cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Donne, 2011-2016, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; cfr. la sentenza 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2).

11.7

11.7.1 Il reddito da invalido va determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali,

editi dall'Ufficio federale di statistica (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b).

11.7.2 Per stabilire il reddito da invalido va dunque fatto riferimento a quello ottenibile dall'insorgente in attività semplici e ripetitive secondo la pertinente tabella dell'ISS 2014 (TA1).

11.7.3 Ne discende pertanto che da invalida, l'assicurata avrebbe potuto percepire nel 2016 un salario medio mensile di CHF 4'543.33 (4'300.- [TA 2014, categoria 1, donne] indicizzato: $\times 105.0 / 103.4$ [2014 - 2016]) e riportato ad un orario usuale di 41,7 ore settimanali), ed annuale di CHF 54'519.95 (si confronti DTF 142 V 178 consid. 2.5.7).

11.7.4 Tenuto conto del fatto che l'insorgente può svolgere un'attività sostitutiva solo nella misura del 60%, ne consegue un reddito da invalida di CHF 32'711.90.

11.8

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

11.8.2 Se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. Il Tribunale federale ha precisato al riguardo che una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permette di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. A seconda della loro incidenza infatti, è possibile che la persona assicurata, anche in un mercato del lavoro equilibrato, non sia in grado di realizzare un salario medio sfruttando la capacità lavorativa residua (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1 e DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). Va da sé che i fattori estranei all'invalidità di cui è già stato tenuto conto con il parallelismo dei redditi non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 135 V 297; 134 V 322).

11.8.3 Va aggiunto che è compito dell'amministrazione e, in caso di ricorso, del giudice, motivare l'entità della deduzione, fermo restando che quest'ultimo non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 75 consid. 5b/dd e 6; cfr. pure 129 V 472 che conferma questi principi). Al riguardo va rilevato che quando è chiamato a verificare il potere di apprezzamento esercitato dall'amministrazione (v. art. 37 LTAF in relazione con l'art. 49 PA), per stabilire l'estensione della riduzione da apporre al reddito da invalido, il Tribunale amministrativo federale deve valutare le differenti soluzioni di cui disponevano agli organi esecutivi dell'AI e domandarsi se una deduzione più o meno elevata fosse maggiormente appropriata e quindi si imponga per un valido motivo, senza tuttavia sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 consid. 5.2; sentenze del TF 9C_273/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 1.3, 9C_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 5.2 in fine).

11.8.4 L'UAIE ha indicato in concreto di ritenere adeguata una riduzione del 5% perché le competenze e abilità professionali acquisite dall'assicurata durante la sua carriera professionale sono strettamente legate al settore d'attività o genere d'attività svolta prima del danno alla salute (doc. 110 UAI-B._____).

Questo Tribunale non ha alcun motivo per modificare la proposta dell'autorità inferiore, che del resto non viene contestata dalla ricorrente. Applicando pertanto una deduzione del 5% (per altri fattori di riduzione, in particolare limiti funzionali, doc. 110 UAI-B._____) si ottiene un reddito conseguibile da invalida di CHF 31'076.30 (32'711.90 / 100 x 95).

11.9

11.9.1 Raffrontando ora il reddito da valido di CHF 57'544.95.- con quello da invalido di CHF 31'076.30, si ottiene un grado d'invalidità del 46% (arrotondato conformemente alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) che dà diritto ad un quarto di rendita.

11.9.2 Il ricorso va di conseguenza accolto e la decisione impugnata annullata. A._____ ha diritto ad $\frac{1}{4}$ di rendita di invalidità dal 1° settembre 2016.

12.

12.1 Visto l'esito della procedura non vengono prelevate spese processuali (art. 63 PA).

12.2 Ritenuto che l'insorgente è stata rappresentata in questa sede da un legale si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. 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]).

In assenza di una nota dettagliata, tenuto conto del limitato lavoro svolto dal patrocinatore della ricorrente e della revoca del mandato in corso di procedura, il collegio giudicante determina d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) un'indennità per ripetibili di CHF 600.- (sentenza del TAF C-2115/2013 del 13 agosto 2014).

L'indennità è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto.

2.

La decisione del 16 febbraio 2017 è annullata.

3.

A. _____ ha diritto ad un quarto di rendita d'invalidità dal 1° settembre 2016.

4.

L'incarto è trasmesso all'amministrazione per stabilire l'ammontare della rendita.

5.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di CHF 800.- versato dalla ricorrente le verrà restituito al momento della crescita in giudicato della presente sentenza.

6.

Alla ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di CHF 600.-, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.

7.

Comunicazione a:

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

(rimedi giuridici e firme alla pagina seguente)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Oliver Engel

Rimedi giuridici:

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

Data di spedizione: