



Corte III
C-647/2017

Sentenza del 3 aprile 2018

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Caroline Bissegger, Viktoria Helfenstein,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____, (Italia)
rappresentata dall'UCM Associazione Utenti Sanità Pubblica,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, diritto alla rendita
(decisione del 21 dicembre 2016).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il (...) 1975, ha lavorato in Svizzera come frontiera dal 2002 al 2015, dall'aprile 2005 in qualità di operaia addetta alla saldatura manuale di componenti elettronici presso la B._____ SA di (...) (doc. 15 e 16 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Cantone C._____, in seguito UAI-C._____), solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 15 dell'incarto dell'assicuratore collettivo malattia D._____, in seguito D._____). Con scritto del 29 gennaio 2015 il datore di lavoro ha disdetto il contratto di lavoro con effetto dal 31 marzo 2015 (doc. 15 UAI-C._____).

B.

B.a In seguito al licenziamento, l'interessata si è ammalata e dal 17 marzo 2015 è stata dichiarata totalmente inabile al lavoro per le conseguenze di una sindrome ansioso depressiva (doc. 5 e 15 UAI-C._____, doc. 2 e 7 D._____). Da un primo certificato del 17 marzo 2015 del dr. E._____, medico chirurgo, nonché medico curante, risulta la necessità di riposo e cure fino al 31 marzo 2015 (doc. 1 D._____).

B.b In virtù della menzionata affezione psichica, a partire dal 23 aprile 2015, l'assicurata è stata seguita dalla dr.ssa F._____, specializzata in psichiatria, dell'Ambulatorio per l'ansia e la depressione di (...) (doc. 9 D._____).

B.c Su incarico dell'assicuratore malattia, a cui il datore di lavoro aveva notificato il caso, l'insorgente è stata visitata dal dr. G._____, psichiatra e psicoterapeuta FMH, che nella perizia psichiatrica fiduciaria del 28 maggio 2015 (doc. 10 D._____), ha posto la diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva (ICD 10 F 43.22), indotta da licenziamento inaspettato (ICD 10 – Z 56), in paziente che vive da anni in un contesto di ICD 10 – Z 63.6 (presenza in casa di un familiare bisognoso di cure).

Il perito ha concluso che "l'attuale totale inabilità lavorativa risulta pienamente giustificata e la stessa dovrebbe prolungarsi non oltre i prossimi due mesi; è dunque lecito predire un totale recupero delle capacità lavorative entro al più tardi inizio-metà agosto 2015".

C.

C.a Su segnalazione di D. _____ del 9 giugno 2015 e dopo aver assunto agli atti l'incarto di quest'ultima (doc. 4 e 5 UAI-C. _____), l'UAI-C. _____, il 19 giugno 2015, ha invitato l'interessata ad un primo incontro in vista di un rilevamento tempestivo (doc. 6 UAI-C. _____). In seguito alle sollecitazioni dell'UAI-C. _____ (doc. 7 e 9 UAI-C. _____), con scritto del 7 settembre 2015, l'assicurata ha trasmesso il formulario di richiesta di prestazioni dell'assicurazione invalidità (doc. 11 UAI-C. _____).

C.b Il 15 ottobre 2015 la dr.ssa F. _____ ha certificato il trattamento per ansia e depressione e consigliato "ulteriore astensione dall'attività lavorativa per un periodo di 4-6 settimane" (doc. 20 UAI-C. _____). Nella relazione medico psichiatrica del 26 novembre 2015 ha inoltre precisato che "la storia e l'esame clinico consentono di formulare la diagnosi di disturbo ansioso-depressivo reattivo" (doc. 20 D. _____ e doc. 25 UAI-C. _____).

C.c In data 21 ottobre 2015 il dr. E. _____ ha trasmesso all'UAI-C. _____ la perizia particolareggiata E213 parzialmente compilata (doc. 19 e 20 UAI-C. _____).

D.

D.a Con ulteriore perizia psichiatrica fiduciaria del 22 dicembre 2015 (doc. 24 D. _____), il dr. G. _____ ha rilevato che "il disturbo reattivo diagnosticato in maggio è evoluto verso una patologia assimilabile a: ICD 10 – F 32.11 episodio depressivo di media gravità, con sintomi biologici" e che "l'attuale totale inabilità lavorativa, in corso ininterrottamente dal 17.3.2015 (e dunque anche dal 3.11.2015) è purtroppo pienamente giustificata e la stessa dovrebbe prolungarsi per almeno ancora 2-3 mesi".

D.b In data 16 febbraio 2016 D. _____ ha informato l'interessata che fondandosi sulla perizia del dr. G. _____ del 22 dicembre 2015, la considerava nuovamente integralmente abile al lavoro a partire dal 1° giugno 2016 (doc. 28 D. _____).

D.c Con scritto del 1° marzo 2016, la dr.ssa F. _____, ha confermato di aver avuto in cura la paziente dal mese di aprile 2015, che la terapia imposta aveva portato ad una "buona stabilizzazione clinica" e che l'affidava al medico curante per il monitoraggio della cura (doc. 62 UAI-C. _____).

E.

E.a L'UAI-C. _____, con verbale di chiusura del 26 aprile 2016 (doc. 39 UAI-C. _____), ha ritenuto di non intravedere la possibilità di applicare misure d'intervento tempestivo, decidendo di chiudere il mandato ed esaminare il diritto alla rendita.

E.b A partire da aprile 2016, l'interessata si è affidata alle cure del dr. H. _____, psicologo, il quale, con certificazioni del 4 e 13 aprile 2016, confermava la condizione ansioso depressiva, il trattamento farmacologico prescritto ed il percorso di sostegno psicologico (doc. 34 e 36 D. _____). In data 31 maggio e 20 giugno 2016, quest'ultimo ha inoltre certificato che, nonostante le cure erogate, la paziente, grazie anche alle incertezze per il futuro, non mostrava miglioramenti sul piano psichico (doc. 42 UAI-C. _____ e doc. 47 D. _____). Il 12 settembre 2016, il dr. H. _____ ha rilevato che "dai colloqui effettuati non sono emerse tematiche ansio-gene o conflittuali relative alla vita privata e/o familiare che possano giustificare il malessere esperito dalla signora A. _____", ribadendo nondimeno che – non evidenziando la paziente alcun miglioramento sul piano psichico – andava mantenuta la diagnosi di condizione ansioso-depressiva (doc. 58 D. _____).

E.c Su incarico dell'UAI-C. _____ (doc. 50 UAI-C. _____), la dr.ssa I. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha esaminato l'assicurata in data 22 settembre 2016 (doc. 62 UAI-C. _____). La perita ha posto la diagnosi di episodio depressivo reattivo di grado medio in remissione (ICD 10 F 32.1) e indicato, basandosi segnatamente sul certificato del 1° marzo 2016 della dr.ssa F. _____, così come sui colloqui condotti con l'assicurata, che, a partire dal 2 marzo 2016, la capacità lavorativa appariva completamente recuperata.

E.d Con certificato dell'11 ottobre 2016, la dr.ssa F. _____, ha confermato la presa in cura presso l'Ambulatorio Ansia Depressione nel periodo da aprile 2015 fino a marzo 2016 e rilevato che "al controllo odierno, nonostante stia assumendo regolarmente la terapia farmacologica precedentemente impostata e attuando il percorso psicoterapico consigliatole, presenta ancora umore subdeflesso, facile irritabilità, ansia libera e somatizzata" (doc. 63 D. _____).

E.e Nel rapporto finale SMR dell'11 ottobre 2016, il dr. L. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia FMH, ha confermato integralmente le risultanze della perizia della dr.ssa I. _____, ritenendo che l'assicurata era totalmente inabile al lavoro dal 17 marzo 2015 al 1° marzo 2016 e che a partire dal giorno successivo non presentava più alcuna limitazione funzionale ed era abile al 100% nell'attività abituale (doc. 63 UAI-C. _____).

F.

F.a L'UAI-C. _____ ha quindi emesso il progetto di decisione del 12 ottobre 2016, con cui ha prospettato di respingere la domanda di prestazioni (doc. 64 UAI-C. _____).

F.b A questo progetto l'assicurata si è opposta con scritto del 31 ottobre 2016, adducendo che dai certificati prodotti emergeva chiaramente un'incapacità lavorativa del 100% che perdurava al di là del termine indicato dall'UAI, chiedendo un riesame della fattispecie e producendo ulteriore documentazione medica (doc. 65 UAI-C. _____).

F.c Su richiesta del medico SMR (doc. 71 UAI-C. _____), le osservazioni del 31 ottobre 2016 sono state sottoposte alla dr.ssa I. _____, la quale, con scritto del 25 novembre 2016, ha riconfermato, le conclusioni della precedente valutazione peritale (doc. 73 UAI-C. _____).

F.d Con decisione del 21 dicembre 2016 (doc. 77), l'UAIE ha dunque respinto la domanda di prestazioni. Ritenendo una totale capacità di lavoro a partire dal 2 marzo 2016, l'autorità inferiore ha concluso che dagli atti non risultava un anno d'inabilità lavorativa.

G.

Con gravame del 27 gennaio 2017, la ricorrente, per il tramite dell'UCM associazione utenti sanità pubblica, ha chiesto a questo Tribunale di annullare la decisione UAIE del 21 dicembre 2016 e di riconoscerle una rendita d'invalidità intera (doc. TAF 1). Dei motivi si dirà se necessario, nei considerandi di diritto. Il 6 marzo 2016, essa ha inoltre chiesto l'esonero dal pagamento delle spese giudiziarie, per mancanza di mezzi finanziari (doc. TAF 4).

H.

Nella risposta di causa del 20 marzo 2017, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. Rinviando al

preavviso dell'UAI-C. _____ del 15 marzo 2017, l'autorità inferiore ha osservato che l'assicurata non ha prodotto alcun documento medico suscettibile di infirmare la decisione impugnata (doc. TAF 8).

I.

Con decisione incidentale del 24 maggio 2017 la domanda di assistenza giudiziaria è stata respinta (doc. TAF 13) ed il richiesto anticipo di CHF 800, corrispondente alle presumibili spese processuali, è stato versato in data 21 giugno 2017 (doc. TAF 15 e 16).

J.

Con replica del 9 novembre 2017 l'assicurata ha trasmesso ulteriore documentazione medica (doc. 27 a 41 allegati a doc. TAF 18).

K.

Con duplica dell'11 dicembre 2017, l'UAIE ha mantenuto le proprie conclusioni (doc. 23 TAF).

L.

Il 5 gennaio 2018, la ricorrente ha fatto pervenire a questo Tribunale la conferma degli appuntamenti di sostegno psicologico del mese di gennaio 2018 ed il certificato medico del dr. E. _____, in cui attesta il perdurare della malattia per sindrome ansioso depressiva reattiva fino al 31 gennaio 2018 (doc. TAF 25).

M.

Con scritto dell'8 febbraio 2018, la ricorrente ha trasmesso il certificato medico del 6 febbraio 2018 del dr. E. _____, la conferma degli appuntamenti di sostegno psicologico del mese di febbraio 2018 e la certificazione del 31 gennaio 2018 del dr. H. _____ (doc. TAF 27).

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 impuginate 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 15 e 16).

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 del 7 settembre 2015 (doc. 11 UAI-C. _____), è stata emessa in data 21 dicembre 2016 (doc. 77 e 78). Ne consegue che 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, ritenuto che il diritto alle prestazioni di invalidità sarebbe sorto al più presto il 1° marzo 2016 (art. 29 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.

4.1 Oggetto del contendere, nel caso concreto, è la mancata assegnazione di una rendita intera di invalidità a A. _____ con effetto al più presto dal 1° marzo 2016 (ossia sei mesi dopo il deposito della domanda di prestazioni; consid. C.a), in ragione del mancato compimento dell'intero anno di incapacità lavorativa e dell'assenza di invalidità al termine dello stesso (art. 28 cpv. 1 let. b e c LAI).

4.2 Pur risultando incontestato l'insorgere di una sindrome ansioso-depressiva, per cui la ricorrente è stata ritenuta totalmente incapace al lavoro dall'UAI-C. _____ nel periodo dal 17 marzo 2015 al 1° marzo 2016, resta litigiosa la natura invalidante del disturbo psichico nel periodo seguente, segnatamente le conseguenze sulla capacità lavorativa a partire dal 2 marzo 2016 e pertanto l'asserito miglioramento dello stato di salute e delle conseguenze dello stesso.

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'incanto (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 LPGA) 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 LPGA), 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 oggettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi). In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

7.

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

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; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

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; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. questa Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 OG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

7.5 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).

7.6 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.

8.1 Nel caso di specie occorre dunque valutare se al più tardi il 21 dicembre 2016, ossia al momento in cui la decisione impugnata è stata emessa, erano dati i presupposti di cui all'art. 28 LAI per riconoscere all'assicurata il diritto alla rendita di invalidità. Si tratta in particolare di determinare se quest'ultima ha presentato per un anno un'incapacità al lavoro di almeno 40% in media (art. 28 cpv. 1 let. b LAI), senza che siano subentrate delle notevoli interruzioni, e se al termine di questo anno era invalida almeno al 40% (art. 28 cpv. 1 let. c LAI), segnatamente se dal 1° marzo 2016 è intervenuto un miglioramento dello stato di salute tale da escludere una riduzione della capacità lavorativa.

8.2 In via preliminare va rilevato che, in applicazione dell'art. 29 cpv. 3 LAI, il diritto alla rendita sorgerebbe al più presto il 1° marzo 2016, ossia sei mesi dopo la richiesta di prestazioni presentata il 7 settembre 2015 (doc. 11 UAI-C._____).

9.

9.1

9.1.1 L'autorità inferiore ha fondato il proprio parere sul rapporto finale dell'11 ottobre 2016 del medico SMR (doc. 63 UAI-C._____), in cui il dr. L._____ ha fatto propria la valutazione peritale della dr.ssa I._____ e confermato che l'assicurata aveva recuperato totalmente la capacità lavorativa a partire dal 2 marzo 2016 e che la stessa non soffriva più di alcuna limitazione funzionale. Il medico SMR si è pure espresso nell'annotazione dell'11 dicembre 2016 (doc. 74 UAI-C._____), secondo cui dall'ennesimo certificato del dr. E._____ "non emergono fatti nuovi o modificazioni significative di fatti noti" e che pertanto confermava il rapporto finale dell'11 ottobre 2016.

9.1.2 La dottoressa I. _____ nella valutazione peritale del 22 settembre 2016 (doc. 62 UAI-C. _____), ha posto la diagnosi di “episodio depressivo reattivo di grado medio in remissione (ICD10 F 32.1)” e basandosi sulle proprie valutazioni ed osservazioni, così come sui pareri dei colleghi, in particolare della dr.ssa F. _____, ha ritenuto che l'assicurata, a partire dal 2 marzo 2016, non presentava più alcuna limitazione funzionale ed era completamente abile al lavoro in qualsiasi attività.

Nella presa di posizione del 25 novembre 2016 (doc. 73 UAI-C. _____) la perita confermava le conclusioni della valutazione peritale del 22 settembre 2016, in quanto i documenti ulteriormente prodotti erano già stati considerati, rispettivamente non apportavano fatti nuovi suscettibili di modificare il suo precedente parere.

9.2 D'altra parte, a mente della ricorrente, la continua, ininterrotta e totale incapacità lavorativa sarebbe invece attestata, in particolare, dai certificati medici rilasciati mensilmente dal dr. E. _____ (cfr. ad esempio doc. 3, 6, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 29, 32, 41, 50, 53, 56, 62, 64 D. _____, doc. 66 UAI-C. _____ e doc. TAF 1, 18, 25 e 26) e, a frequenza regolare, dal dr. H. _____ (cfr. doc. 34, 36, 47, 58 D. _____, doc. 66 UAI-C. _____ e doc. TAF 1, 18, 19 e 26).

10.

10.1 A tal proposito giova ricordare che l'art. 59 cpv. 2bis LAI prevede che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 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).

10.2 I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 a OAI 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).

10.3 Al riguardo va in particolare rilevato che se è vero che nelle procedure concernente l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore, un tale provvedimento (o perlomeno accertamenti complementari) deve tuttavia essere ordinato qualora sussistano anche solo dubbi minimi riguardo l'attendibilità e la conclusione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4).

11.

11.1 La valutazione peritale del 22 settembre 2016 è stata effettuata da una specialista del ramo, dopo aver incontrato due volte l'assicurata ed aver tenuto conto dei referti medici agli atti, segnatamente delle perizie del dr. G._____, delle certificazioni della dr.ssa F._____, così come delle attestazioni redatte dallo psicologo H._____ e dal dr. E._____. Su tale base, la perita ha evidenziato, segnatamente, da una parte, il referto del 1° marzo 2016 della dr. F._____, in cui la specialista curante rilevava che la terapia aveva portato ad una buona stabilizzazione clinica e pertanto affidava l'interessata alle attenzioni del medico di famiglia, per il semplice

monitoraggio della cura (doc. 62) e, d'altra parte, che da dettagliati accertamenti sociolavorativi e psicopatologici, dall'esame clinico, dalla descrizione della giornata tipo, delle attività e delle abitudini dell'assicurata e dall'analisi delle conseguenze sulla capacità di lavoro non risultavano limiti funzionali significativi. Pertanto, essa ha diagnosticato un episodio depressivo reattivo di grado medio in remissione, precisando che il disturbo "è andato incontro ad un contenimento dei sintomi se si raffronta il quadro attuale con quello descritto dal Dr. G. _____ nel suo rapporto di dicembre 2015" (cfr. consid. B.c e D.a).

Inoltre, la dr.ssa ha attestato che l'interessata riferiva che "si sta stabilizzando", nonostante erano ancora presenti sintomi quali irritabilità e disturbi del sonno (p. 8) e che la sintomatologia depressiva riferita appariva in contrasto con la descrizione della sua giornata tipo, dalla quale risultava che essa provvedeva da sola ai figli, occupandosi anche della casa e dei numerosi animali domestici. Infine, la perita ha rilevato che l'assicurata si sentiva trattata ingiustamente dal datore di lavoro e dall'assicurazione collettiva malattia, fattori che non le permettevano di proiettarsi verso una nuova sfida professionale, portandola ad "una sorta di pseudo regressione verso una posizione passiva", e spiegando tuttavia, da un lato, che "ciò non ha intaccato le competenze e le funzioni cognitive, e di funzionamento che non appaiono ora invalidanti" e, dall'altro, che "lo psicologo curante attesta un quadro non modificato a causa dell'incertezza per il suo futuro lavorativo e di conseguenza anche quello familiare quindi dettato da fattori psicosociali che non ricoprono caratteristiche invalidanti".

Sulla scorta di quanto precede, la specialista ha ritenuto che le conseguenze sulla capacità lavorativa dell'affezione psichica erano marginali. Per quel che concerne in particolare i fattori "rispetto delle regole", "organizzazione dei compiti", "competenze", "giudizio", "integrazione nel gruppo" e "mobilità" essa ha riscontrato un grado di disabilità nullo, ritenendo invece un grado di invalidità lieve per i fattori "flessibilità", "persistenza", "assertività" e "contatto con gli altri" e concludendo nondimeno che tali fattori non influiscono sulla capacità lavorativa e che l'assicurata va ritenuta integralmente abile a qualsiasi lavoro a partire dal 2 marzo 2016.

11.2 Del resto, pure il dr. G. _____, nella seconda perizia del 22 dicembre 2015 (doc. 24 D. _____), riteneva possibile ed auspicava, tramite potenziamento della cura psicoterapica "una buona risoluzione clinica del disturbo entro la fine della prossima primavera ed un pieno recupero delle capacità lavorative", con prognosi che l'invalidità al lavoro avrebbe continuato per un periodo di circa due o tre mesi.

11.3 Nella presa di posizione del 25 novembre 2016 (doc. 73 UAI-C. _____), la dr.ssa I. _____ ha rilevato che alcuni dei documenti ulteriormente prodotti dalla ricorrente erano già stati considerati nella valutazione peritale del 22 settembre 2016, in quanto antecedenti. In merito agli altri referti, segnatamente il certificato della dr.ssa F. _____ dell'11 ottobre 2016, essa ha evidenziato che non contenevano né classificazione ICD, né indicazioni circa la capacità lavorativa e che il quadro clinico descritto sembra essere il medesimo, rispetto a quanto da lei ritenuto, pertanto, riconfermava le conclusioni contenute nel suo precedente esposto.

12.

Con il ricorso del 27 gennaio 2017 (doc. TAF 1) e gli scritti del 13 novembre 2017 (doc. TAF 19) la ricorrente ha riprodotto parte della documentazione già agli atti e alcuni nuovi certificati dei dr. E. _____ e H. _____. L'autorità inferiore ha provveduto a sottoporre i nuovi referti al dr. L. _____, il quale, con annotazione del 6 dicembre 2017 (doc. TAF 23) ha evidenziato che non sono stati allegati "fatti nuovi o modificazioni significative di fatti noti che consentano di modificare le conclusioni del rapporto finale SMR datato 11 ottobre 2016", che "il fatto che sia attiva una presa a carico psicoterapeutica e/o che l'assicurata assuma una terapia farmacologica non costituisce dimostrazione di una IL", specificando che si tratta verosimilmente "di una valutazione differente del medesimo quadro clinico oggettivato dai periti".

Inoltre, neppure i documenti allegati con gli scritti del 5 gennaio 2018 (doc. TAF 25) e 8 febbraio 2018 (doc. TAF 26), limitandosi questi a confermare quando riportato nei precedenti certificati, apportano nuovi elementi sotto questo profilo.

13.

13.1 Alla luce di quanto sopra esposto questo Tribunale rileva che sia la dr.ssa F. _____, psichiatra curante, sia gli altri specialisti in materia, concordano sul fatto che è intervenuta una stabilizzazione del quadro clinico con conseguente totale recupero della capacità lavorativa a partire dal 2 marzo 2016. Inoltre, tale valutazione coincide pure con la prognosi che il dr. G. _____ aveva posto nella seconda perizia del 22 dicembre 2015.

13.2 D'altro canto, un'incapacità lavorativa successiva al 2 marzo 2016, viene attestata esplicitamente unicamente dal dr. E. _____, medico chirurgo e generalista, tramite certificati estremamente scarni, in cui, di regola, si limita ad attestare che il periodo malattia – da intendersi quale incapacità

lavorativa (si confronti in proposito il doc. 56 D._____) – continua per un ulteriore mese a causa della sindrome ansioso depressiva (cfr. ad esempio doc. 3, 6, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 29, 32, 41, 50, 53, 56, 62, 64 D._____, doc. 66 UAI-C._____) e nei quali sono totalmente assenti una classificazione secondo l'ICD10, un'indicazione dei limiti funzionali, così come una motivazione delle sue conclusioni.

13.3 Inoltre, neppure la perizia particolareggiata E213 compilata dal dr. E._____ e trasmessa in data 21 ottobre 2015 apporta ulteriori precisazioni al riguardo (doc. 19 e 20 UAI-C._____). Il referto è stato compilato unicamente in parte e non contiene informazioni che vanno oltre la diagnosi e la cura prescritta.

Al riguardo va rilevato che ancora recentemente il Tribunale federale ha ribadito che la semplice diagnosi non è sufficiente a giustificare un'incapacità lavorativa, essa è piuttosto un indicatore, che, insieme ad altri, deve essere considerato per valutare le ripercussioni funzionali di un disturbo (sentenza del TF 8C_841/2016 del 30 novembre 2017, consid. 4.2 e segg.). Nei certificati e nella perizia particolareggiata E213 del dr. E._____ non viene fatto riferimento ad alcun limite funzionale e neppure viene motivata la conclusione per cui l'assicurata sarebbe totalmente incapace al lavoro da quasi tre anni. Pertanto, si tratta di referti il cui valore probatorio è relativo e non può assurgere a quello pieno di una perizia, non essendo particolarmente sostanziate ed essendo stati redatti dal medico curante (a tal riguardo cfr. consid. 7.5), oltretutto privo della specializzazione in psichiatria.

13.4 In merito alle certificazioni rilasciate dal dr. H._____ (cfr. doc. 34, 36, 47, 58 D._____, doc. 66 UAI-C._____ e doc. TAF 1, 18, 19 e 26), questo Tribunale rileva che esse si limitano a confermare la presa a carico in ragione della condizione ansioso depressiva reattiva, il trattamento farmacologico ed il percorso di sostegno psicologico, così come il mancato miglioramento sul piano psichico della ricorrente. A ben vedere dunque neppure lo psicologo, che non è medico, si esprime sulle ripercussioni funzionali e su un'eventuale incapacità lavorativa. Già solo per questo motivo non si tratta di referti atti a documentare un'incapacità lavorativa della ricorrente e quindi non mettono in discussione le conclusioni della perita incaricata dall'UAIE.

14.

In definitiva, in virtù delle considerazioni appena esposte, occorre riconoscere che questa Corte non ha fondato motivo di scostarsi dalle conclusioni

convergenti a cui sono giunti gli specialisti che hanno avuto in cura l'assicurata (dr.ssa F._____) o si sono chinati sul suo caso (dr.ssa I._____ in veste di perita incaricata dall'UAI-C._____, dr. G._____ quale perito di D._____ e dr. L._____, medico SMR). 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 2 marzo 2016.

Inoltre, conto tenuto della documentazione medica a disposizione, al momento della decisione il caso appare senz'altro sufficientemente indagato e pronto per la definizione. È dunque a giusto titolo che l'autorità inferiore non ha ordinato ulteriori accertamenti.

15.

In conclusione risulta quindi provato con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che a partire dal 2 marzo 2016 lo stato di salute della ricorrente è da considerarsi stabilizzato e che la stessa presentava unicamente dei limiti funzionali minimi, senza impatto sulla capacità lavorativa.

Pertanto, l'autorità inferiore ha correttamente ritenuto non essere adempiuti i presupposti di cui all'art. 28 cpv. 1 let a e b LAI, negando a giusto titolo un diritto alla rendita d'invalidità.

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata del 21 dicembre 2016 (doc. 77 UAI-C._____) va confermata.

16.

16.1 Visto l'esito della procedura le spese processuali di CHF 800.-, sono poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 21 giugno 2017 (cfr. doc. TAF 15 e 16).

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

16.3 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 (cfr. fra l'altro, DTF 127 V 205).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

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

3.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; raccomandata)
- ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata)
- Axa Fondazione previdenza professionale (raccomandata)

I rimedi giuridici sono menzionati 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: