

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Corte III
C-1830/2007

{T 0/2}

Sentenza del 15 novembre 2007

Composizione

Giudici Francesco Parrino (presidente del collegio),
Franziska Schneider, Michael Peterli,
cancelliera Paola Carcano

Parti

G._____,
ricorrente,

contro

S._____,
opponente,

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

decisione su opposizione del 9 febbraio 2007 in materia di prestazioni AI.

Fatti:

A. S._____, cittadina italiana, nata il _____, legalmente separata dal mese di marzo del 2002, ha lavorato presso la I._____ SA, P._____, di C._____ con la qualifica di cameriera dal 1° aprile 2003 fino al 2 dicembre 2003, allorché si è ritirata definitivamente dal lavoro per ragioni che imputa alle sue condizioni precarie di salute (segnatamente: esaurimento nervoso). È in malattia dal 3 dicembre 2003 ed è stata licenziata con effetto a partire dal 1° febbraio 2004. Durante tali periodi, l'assicurata ha soluto i contributi dovuti all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. In data 30 settembre 2004, S._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2-1/2-7).

B. Nel corso dell'istruttoria l'Ufficio dell'assicurazione invalidità (UAI) del Cantone Ticino ha assunto agli atti:

- il questionario del datore di lavoro (ditta I._____ SA di C._____)
- del 14 novembre 2004, il relativo contratto di lavoro ed il conteggio del salario del mese di dicembre 2003 (doc. 4-1 e 7-1);
- l'incarto della cassa malati B._____ SA (doc. 1-1/2-5), comprendente tra l'altro: l'annuncio di malattia del 22 gennaio 2004 della ditta I._____ SA di C._____; numerosi certificati medici rilasciati dal Dott. E._____ (medico di famiglia dell'assicurata) nel periodo intercorrente tra il 3 dicembre 2003 ed il 13 ottobre 2004, giusta i quali la paziente non può lavorare in quanto affetta da esaurimento nervoso e tre perizie mediche (segnatamente del 30 aprile 2004, del 6 settembre 2004 e del 5 febbraio 2005) redatte dal Dott. T._____ (direttore di settore dell'organizzazione sociopsichiatrica del _____), giusta le quali l'assicurata è affetta da sindrome di disadattamento (ICD-10 F43.2) e da reazione mista con prevalente presenza d'ansia (ICD-10 F43.20) in fase di risoluzione, motivi per cui presenta un'inabilità lavorativa totale a decorrere dal mese di dicembre del 2003 con possibilità di ripresa del lavoro graduale (almeno in misura parziale) a partire dal mese di giugno del 2005;
- un rapporto medico dell'11 gennaio 2005 del Dott. E._____ (doc. 10-1).

C. L'Ufficio dell'assicurazione invalidità (UAI) del Cantone Ticino ha quindi sottoposto il dossier al Dott. H._____ del servizio medico regionale (SMR) che, nel suo rapporto del 30 marzo 2005, ha attestato una diagnosi di sindrome di disadattamento (ICD-10 F43.2), reazione mista con prevalente presenza d'ansia (ICD-10 F43.20) in fase di risoluzione motivi e tensioni e cefalee, ha rilevato che l'inabilità lavorativa dell'assicurata dal dicembre 2003 è documentata e che il 5 febbraio 2005 il Dott. T._____ ha giudicato il decorso con possibilità di ripresa del lavoro graduale (almeno in misura parziale) a partire dal mese di giugno del 2005, motivo per cui ha ritenuto prematura (alla luce dell'evoluzione documentata) una visita specialistica da parte dell'amministrazione (doc. 13-1). Quest'ultima, in data 1° luglio 2005, ha richiesto un aggiornamento sull'evoluzione dell'assicurata al Dott. T._____, il quale, nel suo rapporto del 5 luglio 2005, ha confermato (dopo avere attestato una diagnosi di stato depressivo e specialmente ansioso nel quadro di una sindrome di disadattamento: ICD-10 F43.2) la persistenza dell'inabilità lavorativa totale dell'assicurata dal 3 dicembre 2003, ritenendo sempre favorevole la prognosi oltre che necessaria una presa a carico specialistica (doc. 14-1, 15-1/15-7). L'amministrazione ha quindi sottoposto nuovamente gli atti al Dott. H._____ del servizio medico regionale (SMR), il quale, nel suo rapporto medico del 22 agosto 2005, ha rilevato la necessità di procedere all'allestimento di una perizia psichiatrica (doc. 17-1).

D. L'Ufficio dell'assicurazione invalidità (UAI) ha quindi incaricato il Dott. A._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, di esaminare S._____ (doc. 18-1). Nel suo rapporto del 31 ottobre 2005 il perito, fondandosi sull'incarto e su un colloquio ed un esame psichiatrico, ha evidenziato la diagnosi (con ripercussioni sulla capacità di lavoro) di sindrome da disadattamento con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali (ICD10 F43.23) dal dicembre 2003 e (senza ripercussioni sulla capacità di lavoro) di stato dopo colecistectomia a settembre 2005 . Considerata la psicopatologia di cui è affetta l'assicurata, il perito ha ritenuto un'inabilità lavorativa totale (100%) dal mese di dicembre 2003 al mese di luglio 2005 e parziale (50%) dal mese di agosto 2005 in poi per ogni attività esigibile (doc. 19-1/19-7). L'Ufficio dell'assicurazione invalidità (UAI) ha quindi sottoposto nuovamente l'incarto al Dott. H._____ che, nel suo rapporto del 16 marzo 2006 (doc. 21-1), ha ripreso la diagnosi ed i tassi di invalidità sopra riferiti. Inoltre ha ritenuto che l'assicurata si sarebbe dovuta sottoporre ad un trattamento specialistico psichiatrico regolare atto a migliorare il suo

stato di salute, motivo per cui ha proposto di diffidarla in tal senso. Infine ha consigliato di procedere ad una revisione nel 2007 con un rapporto dettagliato ed eventualmente con una nuova perizia. In data 17 marzo 2006 l'Ufficio dell'assicurazione invalidità (UAI) ha diffidato l'assicurata a seguire una terapia di sostegno psichiatrico (doc. 22-1).

E. L'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha quindi assegnato all'assicurata, con decisione del 29 giugno 2006, una rendita intera di invalidità ed una rendita completa per i figli T1._____ ed E1._____ S._____ (rispettivamente nati il _____ ed il _____) a decorrere dal 1° dicembre 2004 fino al 31 agosto 2005 oltre ad una mezza rendita d'invalidità e ad una mezza rendita completa per i figli a decorrere dal 1° settembre 2005 (doc. 28-1/28-9).

F. La G._____ ha formulato, in data 18 luglio 2006, opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendone in sostanza l'annullamento in quanto, per un verso, una sindrome da disadattamento non può essere considerata una malattia psichiatrica e, per altro verso, i provvedimenti d'inserimento medicinali non sono stati esauriti. Nulla ha prodotto a suffragio delle proprie conclusioni (doc. 29-1/29-9).

Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha chiesto, in data 26 settembre 2006, al Dott. A._____ alcune delucidazioni in merito al proprio referto peritale (doc. 33-1). Il perito, nel proprio complemento del 4 ottobre 2006, ha sostanzialmente riconfermato le sue precedenti conclusioni (doc. 35-1). L'amministrazione ha quindi sottoposto nuovamente l'incarto al Dott. H._____ che, nel suo rapporto del 17 ottobre 2006 (doc. 36-1), ha ribadito che lo stato di salute dell'assicurata rispecchia un quadro di depressione ed è tale da giustificare i periodi di inabilità indicati dal Dott. A._____ e ciò indipendentemente dalla diagnosi posta.

Mediante decisione su opposizione del 9 febbraio 2007, l'UAIE ha quindi respinto l'opposizione del 18 luglio 2006 e confermato nel contempo la propria decisione del 29 giugno 2006 (doc. 39-1/39-5).

G. Con gravame del 13 marzo 2007, pervenuto allo scrivente Tribunale il 14 marzo successivo, la G._____ chiede, in via principale, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo con conseguente nuova determinazione del grado di invalidità dell'assicurata e, in via subordinata, l'esperimento di una nuova perizia. A suffragio delle proprie conclusioni produce un referto peritale dell'8 marzo 2007 del Dott. W._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, che ritiene l'assicurata totalmente abile al lavoro al più tardi a partire dal mese di settembre del 2004 in quanto un disturbo di adattamento è una reazione normale (e non una vera e propria malattia psichica) che dura al massimo sei mesi (doc. 40-3/40-13).

H. Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. D._____ del servizio medico regionale (SMR), il quale, nella sua relazione del 16 aprile 2007, è giunto alla conclusione che le critiche espresse dal Dott. W._____ sono pertinenti, motivo per cui ha ritenuto assolutamente prioritario procedere alla rivalutazione del caso nell'ambito della procedura di revisione già in corso.

I. L'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone Ticino (UAI), nel suo preavviso del 24 aprile 2007, e l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), nelle sue osservazioni responsive del 2 maggio 2007, propongono di rinviare la causa al fine di completare l'istruttoria ed emanare una nuova decisione impugnabile.

J. In data 12 luglio 2007, il Tribunale amministrativo federale ha trasmesso a S._____ una copia del gravame in oggetto, delle osservazioni dell'amministrazione, del rapporto del Dott. D._____ del 16 aprile 2007 e della perizia dell'8 marzo 2007 del Dott. W._____, dandole la possibilità di presentare una replica entro il 12 settembre 2007. Il termine impartito è scaduto infruttuoso. Nel contempo è stata pure comunicata alle parti la composizione del collegio giudicante mentre il 26 ottobre 2007 è stata resa nota la sostituzione del cancelliere. Entro i termini impartiti non sono state presentate istanze di ricusa.

Diritto:

1. In virtù dell'art. 31 della Legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32) questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della Legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate agli art. 33 e 34 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della Legge federale su l'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Trattasi di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

2.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei

sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

2.3 L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

2.4 Per costante giurisprudenza l'ottenimento di una pensione straniera di invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (ATFA causa I 435/02 consid. 2 del 2 febbraio 2003; Revue à l'attention des caisses de compensations (RCC) 1989 p. 330). Alla stessa maniera, dopo l'entrata in vigore dell'ALC, il grado di invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione-invalidità svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

3. Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1) che ha portato alcune modifiche legislative anche nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità. Secondo l'art. 2 LPGA le disposizioni di questa legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Inoltre, l'art. 1 LAI stabilisce che le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

Ai sensi del combinato disposto degli art. 3 lett. d^{bis} PA e 1 cpv. 1 LAI, la procedura in materia di assicurazioni sociali è disciplinata, di principio, dalla LPGA. Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie. Infatti, la giurisprudenza, secondo la quale gli istituti di previdenza sono vincolati dalle constatazioni effettuate dagli organi dell'assicurazione invalidità nell'ambito della previdenza minima stipulata in base alla

legge, trova applicazione anche dopo l'entrata in vigore della LPGGA (DTF 132 V 1). Di conseguenza l'istituto di previdenza è toccato dalla valutazione dell'invalidità effettuato dall'amministrazione federale ed ha, pertanto, un diritto di ricorso proprio nell'ambito delle procedura regolate dalla LAI conformemente all'art. 49 cpv. 4 LPGGA (DTF 132 V 1 e decisione del 26 luglio 2006 del Tribunale federale delle assicurazioni sociali, ora Tribunale federale, nella causa B 27/2005).

Il ricorso è tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

4. Ai fini del presente giudizio occorre preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, sono determinanti, di principio, le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e che, di regola, il giudice delle assicurazioni sociali si basa, ai fini dell'esame della vertenza, sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (DTF 121 V 366 consid. 1b). Le modifiche della LAI del 21 marzo 2003, in vigore dal 1° gennaio 2004 (4a revisione della LAI), sono quindi applicabili solo a partire da tale data.

5. La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 30 settembre 2004. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 30 settembre 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 9 febbraio 2007, data della decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6. Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed

aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

La ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

7.

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

7.2 L'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. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} 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 e vi risiede.

7.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b).

7.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGa). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGa 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.

8. Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 2001 p. 109).

9.

9.1 Dalla documentazione agli atti si evince che S._____ ha lavorato come cameriera presso la I._____ SA, P._____, di

C._____ dal 1° aprile 2003 fino al 2 dicembre 2003 e da allora non avrebbe più ripreso un'attività lucrativa.

9.2 Nel caso di specie la diagnosi risulta essere condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in merito, l'assicurata risulta essere sostanzialmente affetta da sindrome di disadattamento (cfr. perizie mediche del 30 aprile 2004, del 6 settembre 2004, del 5 febbraio 2005 e del 5 luglio 2005 del Dott. T._____; perizia psichiatrica del 31 ottobre 2005 e complemento peritale del 4 ottobre 2006 del Dott. A._____; rapporti medici del 30 marzo 2005, del 16 marzo 2006 e del 17 ottobre 2006 del Dott. H._____; perizia medica dell'8 marzo 2007 del Dott. W._____ e rapporto medico del 16 aprile 2007 del Dott. D._____). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi.

Tali affezioni debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente può pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% (rispettivamente del 50% per il periodo precedente l'entrata in vigore degli Accordi bilaterali) almeno durante un anno.

9.3 Ora, è compito del medico stabilire in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue capacità psicofisiche, limitandosi alle funzioni importanti relative alle attività lavorative che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto (Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 2001, IV, n. 10).

Nella relazione peritale del 31 ottobre 2005, come pure nel rispettivo complemento del 4 ottobre 2006, il Dott. A._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha ritenuto, fondandosi sull'incarto come pure sull'osservazione personale della paziente, l'assicurata inabile,

da un punto di vista lavorativo, totalmente (100%) dal mese di dicembre 2003 al mese di luglio 2005 e parzialmente (50%) dal mese di agosto 2005 in poi per ogni attività esigibile (doc. 19-1/19-7 e 35-1).

Nelle relazioni del 30 marzo 2005, del 16 marzo 2006 e del 17 ottobre 2006 il Dott. H._____ ha confermato integralmente i tassi di invalidità sopra riferiti (doc.13-1 e 21-1). In particolare, nel suo rapporto del 16 marzo 2006 il Dott. H._____ ha suggerito di procedere ad una revisione d'ufficio nel corso del 2007.

Per quanto invece concerne la relazione medica specialistica redatta l'8 marzo 2007 dal Dott. W._____ si rileva che la stessa non è basata su un esame personale dell'assicurata, motivo per cui nel caso concreto l'affermazione giusta la quale di principio un disturbo di disadattamento è una reazione normale che dura al massimo sei mesi non è convincente. Infatti si tratta di una valutazione generica che non è necessariamente indicata nel caso specifico. Si rileva inoltre che il Dott. D._____, nel proprio rapporto medico del 16 aprile 2007, si è limitato a ritenere assolutamente prioritario procedere alla rivalutazione del caso ma verosimilmente nell'ambito della procedura di revisione già in corso e non nell'ambito della presente procedura ricorsuale.

Nel caso di specie, il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui è pervenuto il Dott. A._____, il quale ha esaminato personalmente la richiedente dopo aver preso visione dell'incarto (comprendente tra l'altro le perizie mediche del 30 aprile 2004, del 6 settembre 2004, del 5 febbraio 2005 e del 5 luglio 2005 del Dott. T._____ redatte sulla scorta pure di un esame personale dell'assicurata), valutando il danno alla salute lamentato dall'assicurata sulla base di accertamenti approfonditi e completi. Il rapporto peritale è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, le conclusioni a cui giunge sono fondate. Parimenti il collegio giudicante condivide le conclusioni a cui è pervenuto il Dott. H._____ del servizio medico regionale (SMR), ritenuto che i suoi rapporti si basano sostanzialmente sulla perizia del Dott. A._____ ed appaiono chiari e completi giungendo a conclusioni logiche e motivate. In quest'ottica pertanto le predette relazioni mediche ossequiano ampiamente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposti sub. consid. 8.

9.4 Sulla scorta delle considerazioni che precedono il collegio giudicante è quindi dell'avviso che l'assicurata ha presentato un'inabilità lavorativa totale (100%) dal mese di dicembre 2003 al mese di luglio 2005 e parziale (50%) dal mese di agosto 2005 in poi per ogni attività esigibile. Di conseguenza, l'assicurata ha diritto ad una rendita intera di invalidità ed una rendita completiva per i figli T1._____ ed E1._____ S._____ (rispettivamente nati il _____ ed il _____) a decorrere dal 1° dicembre 2004 fino al 31 agosto 2005 oltre ad una mezza rendita d'invalidità e ad una mezza rendita completiva per i figli a decorrere dal 1° settembre 2005. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

10. La ricorrente ha chiesto l'esperimento di una nuova perizia medica. In merito alla richiesta di mezzi di prova, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; DTF 122 II 469 e ss., 122 III 223 e ss., 119 V 344 e ss. con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 2001, IV, n. 10; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v. Cost. cfr. DTF 124 V 94 e ss., 122 V 162 e ss. E 119 V 344 e ss. con riferimenti). In concreto, il Tribunale considera che la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza, per cui la richiesta probatoria deve essere disattesa.

Va inoltre ricordato che un eventuale miglioramento dello stato di salute dell'assicurata intervenuto dopo la data della decisione impugnata, potrà essere esaminato solo nell'ambito della procedura di revisione in corso.

11.

11.1 Poiché nella presente procedura si tratta di decidere il riconoscimento rispettivamente il rifiuto di prestazioni assicurative, non vengono prelevate spese processuali (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore fino al 30 giugno 2006).

11.2 In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, visto l'esito del gravame, non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Non si assegnano ripetibili. Non si prelevano spese processuali.

3.

Comunicazione a:

- S. _____ (raccomandata A/R),
- G. _____ (raccomandata A/R),
- autorità inferiore (n. di rif. _____),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Francesco Parrino

Paola Carcano

Rimedi di diritto:

Avverso questa decisione può essere inoltrato entro 30 giorni ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna (cfr. art. 82 e ss, 90 e ss, 100 della legge federale del 17 giugno 2005 sul Tribunale federale, LTF, RS 173.110). Il gravame deve contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmato. La decisione impugnata ed i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati, se sono in possesso della parte (art. 42 LTF).

Data di spedizione: