



---

Corte III  
C-3809/2007  
{T 0/2}

## **Sentenza del 16 marzo 2009**

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Franziska Schneider, Stefan Mesmer,  
cancelliera Marcella Lurà.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione su opposizione  
del 17 aprile 2007).

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_, cittadina svizzera residente in Italia, nata il (...), coniugata con una figlia (nata nel 2007), ha lavorato in Svizzera dal 1997 al 2003 (doc. 1 e 3-7 a 3-16), solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 2-2). Dal 9 aprile 2001, è stata alle dipendenze della B.\_\_\_\_\_ in qualità di assistente delle comunicazioni interne (doc. 3-13). Ha interrotto il lavoro a causa di malattia dal 25 agosto 2003 ed è stata licenziata con effetto al 1° gennaio 2004 (doc. 1, 3-13 e 7-1). Il 29 dicembre 2004, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

**B.**

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone C.\_\_\_\_\_ (Ufficio AI) ha assunto agli atti, segnatamente:

- l'attestato concernente la carriera assicurativa del lavoratore (modulo E 207) del 29 dicembre 2004, unitamente ai certificati di lavoro per le attività svolte in Svizzera dal 1997 al 2003 (doc. 3-7 a 3-16);
- un attestato medico del 16 febbraio 2004 del dott. D.\_\_\_\_\_, medico curante dell'assicurata, da cui emerge che l'interessata è affetta da sindrome depressiva con attacchi di panico e che dopo un'inabilità totale al lavoro dal 10 giugno al 6 luglio 2003, a partire dall'8 luglio 2003 la paziente è da considerare abile al 50% e dal 26 agosto 2003 nuovamente inabile al 100% (doc. 1-2);
- un certificato medico del 1° giugno 2004 del dott. D.\_\_\_\_\_, nel quale è proposta la diagnosi di sindrome depressiva reattiva con crisi d'ansia e paura; è ritenuta una completa inabilità lavorativa (doc. 1-3 a 1-5);
- un rapporto medico del 21 febbraio 2005 del dott. D.\_\_\_\_\_, giusta il quale l'interessata è seguita dal 10 giugno 2003 (sedute settimanali di psicoterapia individuale e terapia con psicofarmaci) con una diagnosi di sindrome depressiva reattiva con crisi d'ansia e paura; secondo il medico lo stato di salute

della paziente è stazionario (susceptibile di miglioramento) e giustificata un'incapacità lavorativa del 100% dal 25 agosto 2003 (doc. 6-1);

- il questionario del datore di lavoro del 23 marzo 2005 (doc. 7-1);
- un rapporto medico del 23 marzo 2005 della dott.ssa E.\_\_\_\_\_, secondo cui la paziente è seguita dal 19 aprile 2004 (psicoterapia) per una sintomatologia caratterizzata da disturbi dell'emotività, ansia, fobie, somatizzazioni e frequenti deflessioni del tono dell'umore con spiccati tratti ossessivi; la dottoressa ha ritenuto che lo stato di salute dell'assicurata è stazionario e quest'ultima è inabile al lavoro al 100% a far tempo dal 19 aprile 2004 (doc. 8-1).

### **C.**

Nel suo rapporto del 3 agosto 2005, il dott. F.\_\_\_\_\_, medico del Servizio medico regionale dell'AI (SMR), dopo avere evidenziato la diagnosi di sindrome depressiva reattiva e considerato un'incapacità lavorativa al 100% dal mese di agosto del 2003, è giunto alla conclusione che l'interessata doveva essere sottoposta ad una perizia psichiatrica (doc. 10).

### **D.**

Dopo aver esaminato personalmente l'assicurata il 28 settembre 2005 ed aver analizzato la documentazione medica assunta (la paziente è stata altresì sottoposta il 17 ottobre 2005 ai test psicodiagnostici Rorschach e TAT da parte della dott.ssa G.\_\_\_\_\_), la dott.ssa H.\_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, nel suo referto peritale del 24 novembre 2005, ha segnalato che la peritanda, presentatasi puntuale alla visita medica, ha un aspetto gradevole e curato, un orientamento spazio-temporale adeguato, una memoria intatta, tensione, concentrazione e comprensione inalterate, pensiero formalmente corretto e capacità cognitive e volitive nella norma. Ha altresì constatato che la mimica e la postura esprimono perplessità ed ansia e che l'ideazione è impregnata di sentimento di impotenza, insufficienza, colpa, risentimento e rabbia per "quello che l'interessata è stata costretta a vivere dal 2003 in poi" (necessità d'adattamento ad un nuovo compito e poi licenziamento). Dal referto emerge altresì che l'assicurata ha affermato di essere ansiosa, apprensiva, ipersensibile, triste, arrabbiata ed impotente dal momento in cui è stata licenziata (il

licenziamento ha comportato delle difficoltà finanziarie), ma di sentirsi complessivamente sana, pure dal profilo psichiatrico. La perita ha quindi posto la diagnosi di sindrome da disadattamento con problemi emotivi e di condotta (F 43.23 secondo l'ICD 10) e disturbo di personalità immaturo, dipendente con tratti fobici (F 61.0 secondo l'ICD 10). Ha inoltre rilevato che l'interessata è in fase di remissione progressiva della problematica ansioso-depressiva reattiva. Ha ritenuto in particolare che la sintomatologia psico-patologica e le risorse adattive della paziente giustificano una ripresa dell'attività lavorativa in misura completa. È quindi giunta alla conclusione che l'assicurata è abile al lavoro al 100% in un'attività confacente alle sue capacità professionali, ossia quale impiegata d'ufficio, a far tempo dal 1° novembre 2005, pur sottolineando che il disturbo di personalità di base, unitamente agli eventi di vita stressanti, potrebbero portare l'assicurata verso ulteriori ricadute ansioso-depressive nell'ambito di una sindrome da disadattamento (doc. 12).

#### **E.**

**E.a** Nel suo rapporto del 30 marzo 2006, la dott.ssa I.\_\_\_\_\_, medico del SMR, ha ritenuto, in virtù di un esame degli atti di causa, che l'assicurata presentava un'incapacità al lavoro del 100% dal mese di agosto del 2003 fino al mese di ottobre del 2005 (doc. 14).

**E.b** Nella decisione del 12 giugno 2006, l'autorità inferiore ha ritenuto, segnatamente in virtù della perizia psichiatrica, che risulta giustificato riconoscere che lo stato di salute dell'assicurata ha impedito alla stessa di svolgere una qualsiasi attività lavorativa a decorrere dal mese di agosto 2003 fino all'ottobre del 2005. A far capo dal mese di novembre del 2005, l'assicurata è però nuovamente abile al lavoro al 100%. Pertanto, l'UAIE ha deciso di erogare in favore dell'assicurata una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° agosto 2004 al 31 dicembre 2005 (doc. 17).

**E.c** Il 14 agosto 2006, l'interessata ha formulato opposizione cautelativa contro la succitata decisione del 12 giugno 2006 e chiesto all'UAIE la trasmissione degli atti di causa, se del caso al proprio medico curante.

**E.d** Il 23 agosto 2006, l'autorità inferiore ha concesso alla ricorrente un termine di 20 giorni per regolarizzare/completare l'atto

d'opposizione ed ha trasmesso l'incarto di causa al medico curante dell'assicurata.

**E.e** Il 16 settembre 2006, l'interessata ha presentato l'atto d'opposizione mediante il quale ha postulato il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità fino al 16 settembre 2006 ma almeno sino a luglio del 2006 (data di ricezione della decisione impugnata). Ha fatto valere che il suo stato di salute non le consente di riprendere "una vita normale", quindi tantomeno di svolgere un'attività lucrativa. Ha rammentato che dall'inizio del 2003 non è più stata in grado di lavorare a ragione della sensazione di tristezza, agitazione e paura nonché delle crisi di pianto da cui era affetta sul posto di lavoro. Ha segnalato di soffrire ancora di disturbi psichici/emotivi e di essere costantemente in cura. Ha sostenuto che il suo andamento psicopatologico è stato caratterizzato da fasi di peggioramenti, segnatamente crisi di ansia e pianto il giorno dell'effettuazione della perizia psichiatrica (settembre 2005), crisi di pianto e paura il giorno in cui è stata sottoposta ai test psicodiagnostici (ottobre 2005) e frequenti crisi nei mesi di marzo ed aprile del 2006, che hanno necessitato, oltre al proseguimento delle sedute settimanali di psicoterapia, la ripresa di una terapia farmacologica. L'opponente si è rammaricata di non aver potuto riferire alla dott.ssa H.\_\_\_\_\_ il peggioramento del suo stato di salute e di non essere stata informata durante mesi dell'esito degli esami a cui è stata sottoposta. Ha sostenuto che per potere stabilire con certezza una remissione totale della malattia sarebbe stata necessaria l'effettuazione di una "seconda visita" per la valutazione finale (doc. 20).

**E.f** Il 17 aprile 2007, nella decisione su opposizione (doc. 24), l'autorità inferiore, dopo avere precisato che l'assicurata ha contestato la valutazione della dott.ssa H.\_\_\_\_\_ in merito alla sua capacità lavorativa, secondo la quale sarebbe stata abile al 100% nella precedente attività dal 1° novembre 2005, senza avere apportato alcun nuovo elemento clinico oggettivo, è giunta alla conclusione che non vi sono motivi per discostarsi dalla valutazione peritale della dott.ssa alla base della decisione impugnata. Ha in particolare rilevato che la perizia psichiatrica del 24 novembre 2005 della dott.ssa H.\_\_\_\_\_ è da considerarsi completa, motivata e coerente. L'UAIE ha nondimeno parzialmente accolto l'opposizione interposta dall'interessata, annullato la propria decisione del 12 giugno 2006 e

riconosciuto all'interessata il diritto ad una rendita intera d'invalidità sino al 31 gennaio 2006, conformemente all'art. 88a dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201).

**F.**

Il 4 giugno 2007, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione su opposizione dell'UAIE del 17 aprile 2007 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità anche successivamente al 31 gennaio 2006, sulla base della certificazione medica del 1° giugno 2007 della dott.ssa E.\_\_\_\_\_. Ha segnalato di soffrire di disturbi psichici ed emotivi e di essere in cura dal mese di aprile del 2004. Ha precisato in particolare di essersi sottoposta a due sedute (di psicoterapia) nel periodo da gennaio a giugno del 2007, pur essendo rimasta in contatto telefonico con il suo medico curante durante "momenti particolarmente difficili e forti ricadute" precedenti e successivi alla nascita della figlia. Ha contestato la valutazione della dott.ssa H.\_\_\_\_\_, secondo la quale a decorrere dal mese di novembre del 2005 sarebbe stata in fase di remissione completa delle problematiche psichiche nonché abile al lavoro al 100%. Ha fatto valere di non avere esibito alcun mezzo di prova con l'atto d'opposizione perché nella decisione impugnata non è stato chiesto esplicitamente d'allegare una documentazione/certificazione medica, fermo restando che non sarebbe esistita una documentazione/cartella delle sue visite psichiatriche o delle sue consultazioni dal suo medico "di base", ma che vi sarebbero solo degli appunti della psichiatra inerenti alcuni loro incontri e della fatture di consultazioni presso il Poliambulatorio specialistico "Campus" sito in J.\_\_\_\_\_. (doc. TAF 1).

**G.**

**G.a** Nel suo rapporto del 17 luglio 2007, il dott. F.\_\_\_\_\_ ha rilevato che il certificato medico del 1° giugno 2007 della dott.ssa E.\_\_\_\_\_ non apporta nuovi elementi clinici (la patologia psichica viene confermata) rispetto a quanto ritenuto nella precedente valutazione del SMR del 30 marzo 2006 ed osservato che nel frattempo l'interessata ha portato a termine una gravidanza regolare. Ha quindi concluso che il citato certificato medico non rende verosimile una modifica sostanziale dello stato di salute psichico della ricorrente (doc. TAF 4).

**G.b** Con risposta del 23 luglio 2007, l'Ufficio AI ha osservato che dal certificato medico del 1° giugno 2007 della dott.ssa E.\_\_\_\_\_ non

risulta, secondo la valutazione del Servizio medico regionale dell'AI, alcun peggioramento dello stato di salute dell'assicurata tale da modificare la valutazione della capacità lavorativa dell'interessata. Pertanto, ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione su opposizione resa dall'UAIE il 17 aprile 2007 (doc. TAF 4).

**G.c** Nella risposta al ricorso del 7 agosto 2007, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del gravame non avendo alcunché da aggiungere alla citata presa di posizione dell'Ufficio AI del 23 luglio 2007.

#### **H.**

Nella replica del 18 settembre 2007, la ricorrente ha ribadito di soffrire di disturbi psichici ed emotivi con forti crisi di pianto (l'ultima crisi sarebbe avvenuta il 14 settembre 2007). Ha segnalato che il medico curante le ha consigliato l'assunzione di uno psicofarmaco appena terminato l'allattamento della propria figlia. Ha esibito un certificato della dott.ssa E.\_\_\_\_\_ del 5 settembre 2007 (doc. TAF 7). Il 3 ottobre 2007, ha prodotto una certificazione ed una relazione di seduta di psicoterapia del 24 settembre 2007 della dott.ssa E.\_\_\_\_\_ (doc. TAF 9).

#### **I.**

**I.a** Nei suoi rapporti del 3 e 22 ottobre 2007, il dott. F.\_\_\_\_\_ ha osservato che la nuova documentazione esibita non è atta a mettere in forse la decisione del 17 aprile 2007. La stessa certifica unicamente la presenza d'una problematica depressiva insorta dopo la nascita della primogenita, quindi posteriormente alla pronuncia della decisione impugnata. Si tratta altresì di una patologia potenzialmente trattabile con adeguata cura in tempo utile (settimane). Ha inoltre osservato che nella menzionata documentazione è peraltro ipotizzata una ripresa dell'attività lavorativa al 50% (doc. TAF 10).

**I.b** Nella sue osservazioni del 9 e 24 ottobre 2007, l'Ufficio AI, dopo avere constatato che la documentazione medica prodotta non apporta nuovi elementi clinici tali da modificare la valutazione clinico-lavorativa dell'interessata, ha chiesto di respingere il ricorso interposto dalla ricorrente (doc. TAF 10).

**I.c** Nella duplice del 1° novembre 2007, l'UAIE ha nuovamente proposto la reiezione del gravame, non avendo alcunché da

aggiungere alle citate prese di posizione dell'Ufficio AI del 9 e 24 ottobre 2007 (doc. TAF 10).

**J.**

Con decisione incidentale del 7 novembre 2007 (notificata il 12 novembre 2007; cfr. avviso di ricevimento agli atti), questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo è stato versato il 12 dicembre 2007 (doc. TAF 11-13).

**K.**

Il 6 febbraio 2008, l'insorgente ha comunicato a questo Tribunale di avere ripreso a lavorare alle dipendenze della B.\_\_\_\_\_ a metà tempo dall'11 dicembre 2007. Ha altresì segnalato di avere iniziato la cura prescritta dal suo medico curante a far tempo dal mese di gennaio 2008. Ha esibito un rapporto di visita psichiatrica del 5 novembre 2007 ed una ricetta medica del 15 gennaio 2008 della dott.ssa E.\_\_\_\_\_ nonché una copia del contratto di lavoro (doc. TAF 14).

**Diritto:**

**1.**

**1.1** Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

**1.2** Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi di persone residenti all'estero contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'UAIE.

**1.3** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale

del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

**1.4** Questo Tribunale osserva che la decisione impugnata reca la data del 17 aprile 2007 ed il ricorso è stato inoltrato il 4 giugno 2007. Si pone pertanto il quesito di sapere se il gravame è stato interposto tempestivamente. L'autorità inferiore ha comunicato al Tribunale amministrativo federale di non potere fornire il numero della raccomandata contenente la decisione impugnata o effettuare una qualsivoglia inchiesta postale (doc. TAF 15-16), di modo che non è possibile determinare né il giorno in cui la stessa è stata notificata alla ricorrente né quando è entrata nella sfera d'influenza dell'insorgente medesima (a prescindere dal fatto che in virtù delle risultanze processuali non appare possibile stabilire, con il grado della verosimiglianza preponderante, se la decisione impugnata sia stata spedita alla ricorrente il medesimo giorno della sua pronuncia e se sia stata effettivamente trasmessa tramite invio raccomandato, come indicato sulla decisione). Giova pure rilevare che dagli atti dell'incarto dell'UAIE risulta che la decisione su opposizione del 17 aprile 2007 è stata trasmessa all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Cantone C.\_\_\_\_ (K.\_\_\_\_), all'INPS (J.\_\_\_\_), alla L.\_\_\_\_ (M.\_\_\_\_) nonché alla N.\_\_\_\_ (M.\_\_\_\_) soltanto il 23 aprile 2007. Inoltre, per la notificazione di sentenze all'estero s'impiegano non di rado una decina di giorni o più. Da quanto esposto, e ritenuto che l'onere della prova della data della notificazione della decisione impugnata incombe all'autorità che intende dedurre delle conseguenze giuridiche (v. DTF 124 V 402 consid. 2a), consegue che il gravame inoltrato dalla ricorrente il 4 giugno 2007 deve considerarsi tempestivo nel senso della probabilità preponderante. Pertanto, il ricorso, rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 LPGA e art. 52 PA), è ammissibile.

## **2.**

**2.1** Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché il Regolamento (CEE) n°

1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

**2.2** Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

**2.3** L'art. 80a LAI 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 d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

### **3.**

**3.1** Secondo l'art. 2 LPGa, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione

federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

**3.2** L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

**3.3** La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 29 dicembre 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 l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 29 dicembre 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 17 aprile 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

#### **4.**

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (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. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

## 5.

**5.1** L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA).

**5.2** Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1<sup>ter</sup> LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

**5.3** Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21

consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

**5.4** Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126* consid. 3c).

## **6.**

**6.1** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135). 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. 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. 28 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI; metodo specifico). L'art. 27 OAI precisa 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.

**6.2** Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

## 7.

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

Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

**7.2** In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

**8.**

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

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

Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351).

Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396). Tenendo conto di diversi criteri, il perito deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Un'eventuale inesigibilità presuppone la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa d'altri criteri qualificati quali l'esistenza di concomitanti affezioni organiche accompagnate da un decorso patologico plurienale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, uno stato psichico consolidato, senza possibilità d'evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico oppure l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 5).

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

## **9.**

**9.1** Dall'aprile 2001, la ricorrente è stata alle dipendenze della B.\_\_\_\_\_ dapprima quale assistente del reparto legale ed in seguito in qualità di assistente delle comunicazioni interne nel reparto risorse umane. Ha interrotto il lavoro il 25 agosto 2003 per motivi di salute. A far tempo dal dicembre 2007, ha ripreso a lavorare a metà tempo alle dipendenze della medesima società quale assistente del reparto legale (doc. TAF 14).

**9.2** Dalla documentazione medica agli atti emerge sostanzialmente che l'insorgente soffre di sindrome da disadattamento con problemi emotivi e di condotta (F 43.23 secondo l'ICD 10) e disturbo di personalità immaturo, dipendente con tratti fobici (F 61.0 secondo l'ICD 10).

**9.3** Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di 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 di attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente potrebbe 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 di almeno il 40% durante un anno.

## **10.**

### **10.1**

**10.1.1** Dal referto peritale del 24 novembre 2005 della psichiatra dott.ssa H.\_\_\_\_\_ emerge nella sostanza che la ricorrente, senza particolari precedenti per malattie fisiche o psichiche, si è "passivizzata" di fronte alle difficoltà insorte sul lavoro, rifiutandosi di affrontare una nuova situazione professionale. L'elaborazione del risentimento e della rabbia per essere stata licenziata sono state difficoltose, regredendo l'assicurata verso i meccanismi difensivi più arcaici di tipo proiettivo. Sulla capacità d'elaborazione ha peraltro influito la ferita precedentemente causata dall'abbandono degli studi universitari. Il risultato è una vulnerabilità dal profilo identitario evidenziata pure attraverso i test psico-diagnostici. Tuttavia, l'attuale quadro psicopatologico non giustifica più, secondo la perita, un'ulteriore incapacità lavorativa, ritenuto che l'interessata riesce a gestire gli stati d'ansia con l'assunzione di qualche goccia di O.\_\_\_\_\_ al giorno e dispone di risorse adattive che le permettono la ripresa della completa capacità lavorativa a partire da novembre 2005.

**10.1.2** Questo Tribunale osserva che la menzionata perizia si fonda su informazioni fornite dalla persona esaminata e da terzi, sull'esame del quadro clinico e del comportamento della ricorrente e comprende pure informazioni sulla natura delle attività svolte fino ad allora e sul livello d'adattamento professionale. L'ampiezza e la profondità delle

investigazioni appaiono in funzione delle particolarità del caso. Il rapporto di perizia comporta un'introduzione, l'anamnesi, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni soggettive della peritanda, osservazioni ed altri risultati d'esami nonché una discussione, la risposta alle domande poste e una diagnosi fondata sulle classificazioni ICD-10. A giusta ragione i medici del SMR hanno considerato tale perizia come rispondente ai criteri giurisprudenziali sviluppati dal Tribunale federale (v. DTF 123 V 351). Certo, la ricorrente fa valere che per potere stabilire con certezza un miglioramento o la remissione totale della malattia si sarebbe dovuta effettuare una seconda visita per la valutazione finale. Sennonché, la necessità di una tale seconda visita prima della pronuncia della decisione impugnata non s'impone nel caso di specie in considerazione dell'insieme delle circostanze del caso di specie. Da un lato, occorre in effetti rilevare che la ricorrente non ha esibito alcun nuovo documento medico nella procedura d'opposizione idoneo a corroborare una modifica del suo stato di salute suscettibile d'incidere sulla valutazione inerente al momento della ripresa della sua completa capacità lavorativa. Dall'altro lato, e come rettamente rilevato dal medico del SMR nella sua presa di posizione del 17 luglio 2007, la certificazione della psichiatra curante della ricorrente del 1° giugno 2007 non contiene elementi nuovi, concreti e precisi – leggi fra l'altro una classificazione scientifica delle affezioni di cui soffre la ricorrente e indicazioni sulle conseguenze di tali affezioni sulla capacità lavorativa – tali da rendere anche solo plausibile, per il periodo tra novembre 2005 ed aprile 2007, l'esistenza d'affezioni psichiatriche suscettibili di giustificare l'erogazione di una rendita d'invalidità ai sensi del diritto svizzero al di là del 31 gennaio 2006. La menzionata certificazione attesta, certamente, di un beneficio tratto dall'insorgente dalla frequentazione, peraltro definita solo come abbastanza regolare, delle sedute della psicoterapia iniziata nell'aprile del 2004 e di una diminuzione della frequenza delle sedute da giugno 2006 fino alla loro cessazione nel dicembre del 2006; nel 2007 vi sarebbero state solo due sedute, una in gennaio e l'altra in maggio. Un peggioramento dello stato di salute psichico della ricorrente è stato diagnosticato dalla psichiatra della ricorrente (v. certificato del 24 settembre 2007) solo a partire dal 5 settembre 2007, ossia successivamente al momento determinante della decisione su opposizione querelata (DTF 131 V 242 consid. 2.1). Nel citato certificato, la dott. E. \_\_\_\_\_, contrariamente a quanto aveva fatto nel certificato del 1° giugno 2007, si pronuncia altresì in percentuale sulla capacità lavorativa della ricorrente in tale momento. Peraltro, sempre

secondo la dott.ssa E.\_\_\_\_\_, l'insorgente non ha potuto iniziare la terapia farmacologica prescritta nella visita di settembre 2007 in quanto starebbe ancora allattando la figlia (v. certificato del 5 novembre 2007). Giova infine rilevare che il 6 febbraio 2008 la ricorrente ha poi comunicato a questo Tribunale d'avere ripreso un'attività lucrativa al 50% a partire dall'11 dicembre 2007 presso la ditta B.\_\_\_\_\_, suo precedente datore di lavoro.

**10.2** Sulla scorta delle risultanze processuali – segnatamente della sufficiente documentazione medica agli atti, e delle considerazioni che precedono – questo Tribunale ritiene che non vi è ragione di scostarsi dalla valutazione di cui alla decisione impugnata secondo la quale una rendita d'invalidità ai sensi del diritto svizzero va versata alla ricorrente solo per il periodo tra il 1° agosto 2004 e il 31 gennaio 2006 (sentenza del Tribunale federale I 739/04 del 12 ottobre 2006 consid. 2 e relativi riferimenti). Va peraltro rammentato che dei (diagnosticati) disturbi psichici non giustificano ad essi soli un'invalidità ai sensi di legge, sussistendo di principio una presunzione a favore del fatto che questi disturbi possano essere superati dalla persona interessata con un ragionevole sforzo di volontà (DTF 131 V 49 e relativi riferimenti). Nel caso di specie, non v'è ragione di dubitare della fondatezza della valutazione, effettuata dalla perita dott.ssa H.\_\_\_\_\_ secondo la quale la ricorrente, con un ragionevole sforzo di volontà, poteva superare gli effetti causati dai diagnosticati disturbi psichici a partire dal mese di novembre 2005 grazie alla presenza delle necessarie risorse adattive.

## **11.**

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

## **12.**

**12.1** Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dalla ricorrente stessa il 12 dicembre 2007.

**12.2** Alla ricorrente, 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). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

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

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico della ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato il 12 dicembre 2007, è computato con le spese processuali.

**3.**

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

**Rimedi giuridici:**

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: