

BVGer C-3809/2007 vom 16. März 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-03-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3809_2007

FR: TAF C-3809/2007 du 16 mars 2009

IT: TAF C-3809/2007 del 16 marzo 2009

Regeste

Assicurazione per l'invalidità (AI)

Erwägungen

E. 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).

E. 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.

E. 1.3

In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la 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-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 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 dedurne 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.

E. 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.

E. 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.

E. 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.

E. 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).

E. 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.

E. 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.

E. 3.3

La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 29 dicembre 2004. In deroga all'art. 24 LPGA, 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).

E. 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 LPGA e della LAI (art. 8 LPGA 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.

E. 5.1

L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure 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 LPGA).

E. 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. 1ter 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).

E. 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).

E. 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*).

E. 6.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA 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 LPGGA, 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. 2bis 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.

E. 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).

E. 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).

E. 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.

E. 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 plurien-nale 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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.

E. 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 "passivizza-ta" 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 psico-patologico 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.

E. 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'aver ripreso un'attività lucrativa al 50% a partire dall'11 dicembre 2007 presso la ditta B._____, suo precedente datore di lavoro.

E. 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 della 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.

E. 11

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

E. 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.

E. 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)

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