

# **BVGer C-4912/2011 vom 16. Mai 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-05-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4912\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4912_2011)

FR: TAF C-4912/2011 du 16 mai 2013

IT: TAF C-4912/2011 del 16 maggio 2013

## **Regeste**

Diritto alla rendita

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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 all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20). In concreto, la decisione impugnata è stata emessa dall'UAIE conformemente all'art. 40 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), relativo alla notificazione delle decisioni ai frontalieri. Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

### **E. 1.2**

Secondo l'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). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

### **E. 1.3**

Conformemente all'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. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

### **E. 1.4**

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA),

e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

### **E. 2.1**

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra parte, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

### **E. 2.2**

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto, del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato, anche a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI, dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (RU 2002 1527, 2006 979 e 995, 2006 5851, 2009 2411 e 2421), in base alla quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, 2008 4219, 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce dal 1° giugno 2002 o successivamente, e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento n. 1408/71), ed il regolamento (CEE) n. 574/71 del Consiglio, del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 2009 4845).

### **E. 2.3**

Secondo l'art. 3 del regolamento n. 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. Ciò detto, nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4). Così, per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003, consid. 2).

### **E. 3**

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5a revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Le disposizioni relative alla 6a revisione AI (primo pacchetto di misure), che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012, non sono invece applicabili (RU 2011 5659, FF 2010 1603).

### **E. 4**

Il periodo di cognizione giudiziaria di questo Tribunale si estende fino al 13 luglio 2011, data della decisione impugnata. 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). Il giudice delle assicurazioni sociali può tuttavia tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138, vedi anche 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a).

#### **E. 5**

La ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che le sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità non limitata nel tempo.

#### **E. 6**

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, una cittadina italiana deve, cumulativamente, essere invalida ai sensi della legge svizzera ed avere versato contributi all'AVS/AI svizzera durante almeno tre anni (art. 36 LAI). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'UE o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 pag. 4065; art. 45 del Regolamento n. 1408/71). In concreto, è pacifico che la ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

#### **E. 7.1**

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

#### **E. 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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

#### **E. 7.3**

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il

compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

#### **E. 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 cpv. 1 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. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

#### **E. 7.5**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, 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. 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 (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 pag. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

#### **E. 8.1**

Una rendita d'invalidità limitata nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGA. Quindi, per verificare la legalità della decisione impugnata, bisogna conformarsi ai principi di questa disposizione, secondo la quale, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

#### **E. 8.2**

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI).

#### **E. 8.3**

Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere, in caso di contestazione, oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione venga accordata con effetto retroattivo ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta, esiste un'unica relazione giuridica; ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni recanti la stessa data (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

## **E. 9**

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; VSI 2001 p. 109).

## **E. 10**

In concreto, la ricorrente ha smesso di lavorare per ragioni di salute il 4 maggio 2009, ossia prima della fine del suo contratto di lavoro, avvenuta in seguito a licenziamento il 30 novembre 2009, e, da allora, non ha più ripreso alcuna attività lucrativa, dimodoché occorre fondarsi sui documenti medici per valutare la sua capacità lavorativa. Ora, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dai diversi rapporti della dott.ssa D.\_\_\_\_\_, medico dell'UAI-TI, tra gli altri quelli del 19 maggio 2010, nonché del 7 febbraio e 11 aprile 2011 (incarto AI, doc. 28, 59 e 67), del dott. F.\_\_\_\_\_, neurologo, del 4 aprile e 28 novembre 2011 (incarto AI, doc. 66; incarto TAF, doc. 8), e del dott. G.\_\_\_\_\_, neurologo presso la ..., del 30 maggio 2011 (incarto AI, doc. 71/4 a 6), risulta la diagnosi generale di lombosciatalgia su ernia discale L5-S1 e di cervicobrachialgie a destra, come pure d'ipertensione arteriosa, di sindrome menopausale e di conizzazione uterina. Visto il carattere univoco di questa diagnosi, del resto non contestata dalla ricorrente, il collegio giudicante non ha motivi per non adottarla.

## **E. 11.1**

Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate sulla capacità lavorativa in qualità di segretaria d'ufficio, il dott. F.\_\_\_\_\_, nel suo rapporto peritale del 4 aprile 2011, di cui ha confermato le conclusioni il 28 novembre 2011, non ne ha constatate da un

punto di vista prettamente neurologico, precisando che, tenuto conto della necessità di rimanere a lungo seduta, la ricorrente deve avere la possibilità di muoversi ed alzarsi, ciò che le permetterebbe di lavorare otto ore al giorno, con pause frequenti, "in modo totale", e che potrebbe pure svolgere altre attività confacenti leggere. Dal canto suo, la dott.ssa D.\_\_\_\_\_ ha fissato, nel suo rapporto finale dell'11 aprile 2011, un'incapacità lavorativa, come segretaria, del 100% dal 4 maggio 2009 al 2 giugno 2010, del 50% dal 3 giugno al 19 settembre 2010 e dello 0% dal 20 settembre 2010 in poi, la ricorrente essendo limitata nel sollevamento di carichi fino ad un massimo di 15 kg, e dovendo avere la possibilità di muoversi ed alzarsi, nonché di eseguire una pausa di dieci minuti ogni due ore d'attività, con puntuali misure ergonomiche, se del caso. La valutazione della dott.ssa D.\_\_\_\_\_ è stata peraltro confermata dal dott. H.\_\_\_\_\_, il quale ha considerato, nel suo rapporto del 12 aprile 2012 (incarto TAF, doc. 14), che lo stato di salute della ricorrente non è oggettivamente peggiorato nel periodo dal 20 settembre 2010 al 13 luglio 2011, data della decisione avversata.

### **E. 11.2**

La ricorrente ha prodotto una moltitudine di documenti medici prima e nel quadro della presente procedura, tra i quali solo la relazione di perizia medicolegale, del 1° settembre 2011, si esprime, in termini cauti e vaghi, sulla capacità lavorativa, ossia che "essendo già stata riconosciuta un'incapacità lavorativa al 100% e non essendo subentrati miglioramenti sia soggettivi che strumentalmente evidenziabili, ma essendo peggiorata sia la clinica che le evidenze diagnostiche, si ritiene di poter chiedere la conferma della precedente valutazione". Il dott. G.\_\_\_\_\_ non ha invece attestato alcuna incapacità lavorativa, malgrado i dettagli del suo rapporto neurologico del 30 maggio 2011.

### **E. 11.3**

Visto quanto precede, il collegio giudicante non può che confermare la valutazione del servizio medico dell'UAI-TI e del dott. F.\_\_\_\_\_, e riconoscere che la ricorrente ha presentato un'incapacità lavorativa, in qualità di segretaria d'ufficio, del 100% dal 4 maggio 2009 al 2 giugno 2010, del 50% dal 3 giugno al 19 settembre 2010 e dello 0% dal 20 settembre 2010 in poi, e che da quest'ultima data fino all'emissione della decisione impugnata, il 13 luglio 2011, non è subentrato alcun peggioramento oggettivo del suo stato di salute.

### **E. 12.1**

Come già esposto al consid. 7.5., secondo l'art. 16 LPGA, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro (reddito da invalido), è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). È peraltro giustificato determinare il grado d'invalidità riferendosi al limite percentuale della capacità lavorativa residua nell'ultima attività svolta (in tedesco, "Prozentvergleich"), se esso è notevole e se non è possibile realizzare un reddito più importante in attività sostitutive confacenti (DTF 114 V 310 consid. 3a; sentenza del Tribunale federale 9C\_129/2008 del 7 agosto 2008 consid. 3.3.1).

### **E. 12.2**

Il salario da invalido, quale introito teorico, può essere ridotto per tenere conto di fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), come l'età o un handicap. Nell'ambito

dell'applicazione di tale riduzione, l'amministrazione gode di un'ampia autonomia di giudizio che il giudice può rivedere solamente in casi particolari. Il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivo pertinente, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione. Se lo fa, deve motivare in modo appropriato che una diversa valutazione s'impone. Inoltre, la deduzione non va effettuata automaticamente, ma solo se nel singolo caso sussistono elementi che lascino presagire che la persona assicurata, a causa di una o più di queste circostanze, ben difficilmente riuscirà a sfruttare la sua capacità residua di lavoro (DTF 137 V 71 consid. 5.2).

### **E. 12.3**

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, se il reddito da valido è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente e la persona assicurata, per motivi estranei alla sua invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media nazionale svizzera senza spontaneamente accomodarsene, si procede ad un parallelismo dei due redditi di paragone. Il Tribunale federale ha poi precisato che un reddito è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore. Pertanto, il parallelismo dei redditi di paragone va effettuato soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Ciò può avvenire aumentando in maniera adeguata il reddito da valido effettivamente conseguito oppure riducendo opportunamente il reddito statistico da invalido. In un secondo tempo, occorre esaminare la questione di un'eventuale deduzione per circostanze personali e professionali, applicabile al reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi, non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 135 V 297 e 134 V 322).

### **E. 12.4**

L'UAI-TI ha determinato per il 2010 un salario da valida di Fr. 55'965.-, come indicato dall'ex datore di lavoro (incarto AI, doc. 13), e, secondo i dati dell'UFS relativi ad attività semplici e ripetitive (tabelle RSS), un salario da invalida di Fr. 53'558.-, ridotto del 10% per tenere conto delle circostanze personali dell'assicurata e considerato nella misura del 50% (capacità lavorativa residua), ossia Fr. 24'101.- (da cui deriverebbe una perdita di guadagno del 56.93%). Constatando che il discapito economico è minore nell'attività abituale (50%), l'UAI-TI ha riconosciuto una perdita di guadagno e un grado d'invalidità del 50% ("Prozentvergleich"). Occorre sottolineare che sarebbe stato necessario indicizzare il salario da valida indicato dall'ex datore di lavoro per il 2009, al 2010, mancanza questa che non influisce comunque sul risultato finale.

### **E. 12.5**

Pertanto, ritenuta una capacità di lavoro nulla dal 4 maggio 2009, una capacità di lavoro del 50% sia in attività confacenti che rispetto all'attività abituale dal 3 giugno 2010 ed una capacità totale dal 20 settembre 2010, la ricorrente ha diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° maggio 2010 al 30 settembre 2010 ed a una mezza rendita d'invalidità dal 1° ottobre al 31 dicembre 2010, conformemente all'art. 88a cpv. 1 OAI (cfr. consid. 8.2). A questo proposito, il Tribunale federale ha sottolineato che la seconda frase dell'art. 88a cpv. 1 OAI deve essere applicata in generale, eventuali deroghe alla concessione dei tre mesi supplementari di rendita dovendo essere oggetto di un esame particolare da parte

dell'autorità (sentenze del Tribunale federale 9C\_491/2008 del 21 aprile 2009, consid. 2, e 8C\_109/2010 dell'8 giugno 2010, consid. 3.2). Ora, in concreto, l'UAIE non ha indicato per quale motivo la prima frase dell'art. 88a cpv. 1 OAI sarebbe applicabile al posto della seconda frase, e inoltre non risulta dagli atti alcuna giustificazione per agire in tale senso, per cui il ricorso deve essere parzialmente accolto e la decisione impugnata riformata, nel senso che alla ricorrente è riconosciuto il diritto ad una mezza rendita d'invalidità dal 1° ottobre al 31 dicembre 2010.

#### **E. 13**

È necessario a questo punto ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a). A proposito della documentazione medica presentata dalla ricorrente dopo la data della decisione impugnata, essa esorbita dal potere d'esame di questo Tribunale nell'ambito della presente procedura (cfr. consid. 4). La ricorrente potrà cionondimeno, se lo riterrà opportuno, presentare una nuova domanda di rendita sulla base della detta documentazione.

#### **E. 14**

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, non si prelevano spese processuali e l'anticipo di Fr. 400.-, versato il 21 maggio 2012, è restituito alla ricorrente. In conformità con l'art. 64 cpv. 1 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 (spese ripetibili). Visti l'esito della procedura e la rappresentanza da parte del Patronato INAS, si assegna alla ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 600.- a carico dell'UAIE. Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del Regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

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