

# **BVGer C-1333/2009 vom 2. Juli 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-07-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1333\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1333_2009)

FR: TAF C-1333/2009 du 2 juillet 2010

IT: TAF C-1333/2009 del 2 luglio 2010

## **Regeste**

Assicurazione per l'invalidità (AI)

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale (TAF) giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

### **E. 2.1**

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 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

### **E. 2.2**

Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

### **E. 2.3**

Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). La ricorrente ha versato l'anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

### **E. 3.1**

Nella misura in cui la decisione impugnata tratta della seconda domanda di rendita presentata il 6 settembre 2007, l'oggetto del litigio riguarda il rifiuto della prestazione richiesta. In questo giudizio si esaminerà pertanto solo se l'assicurata ha diritto a una prestazione AI in relazione alla seconda domanda di rendita.

### **E. 3.2**

Tuttavia, con la lettera del 14 agosto 2007 (doc. 103), il rappresentante dell'insorgente segnalava che, in esito alla nuova decisione del 28 giugno 2007 dell'assicuratore infortuni che le riconosceva delle prestazioni fino al 31 dicembre 2005, la decisione negativa UAI del 14 febbraio 2005 appariva mal fondata in modo manifesto e pertanto soggetta a revisione. Proseguiva poi l'avvocato chiedendo di "riassumere una vostra decisione alla luce dei nuovi accertamenti intercorsi". Ora, dopo esame di tale scritto, l'Ufficio AI cantonale ha invitato l'assicurata a compilare una nuova domanda di prestazioni per adulti (doc. 108), pur avendo preso atto (doc. 106, 107) che si trattava di una domanda di revisione (a questo proposito singolare è la cancellazione a penna della nota finale sulle annotazioni del medico: "si procede con revisione e nuova istruttoria", ove la dicitura "si procede con revisione" è barrata). La domanda di revisione presentata dall'interessata il 14 agosto 2007 non è stata tuttavia evasa dall'UAIE.

### **E. 3.3**

Giusta l'art. 53 cpv. 1 LPGA, le decisioni formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza. Per fatti nuovi s'intendono quelli che si sono prodotti fino al momento in cui, nella procedura principale, delle allegazioni di fatto sarebbero state ancora ricevibili ma che non erano a conoscenza dell'assicurato, malgrado la sua diligenza (sentenza del Tribunale federale 9C\_764/2009 consid. 3.1, DTF 127 V 358 consid. 5b). Di principio, un motivo di revisione è dato da una decisione di un altro assicuratore che riconosce delle prestazioni, in quanto nuovo mezzo di prova (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 169/00 del 13 giugno 2001 consid. 3c). Si giustifica pertanto di rinviare l'incanto all'autorità inferiore affinché si pronunci sulla domanda di riesame dell'interessata del 14 agosto 2007 ed esamini se le condizioni per procedere a un riesame della sua decisione del 14 febbraio 2005 sono adempiute.

### **E. 4**

Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V 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). Ne consegue che, il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

### **E. 5**

Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87 segg. OAI, Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 1999 pag.

8, DTF 117 V 198). In concreto, l'Ufficio AI del Cantone Ticino ha emanato una prima decisione negativa il 14 febbraio 2005. Con decisione del 18 febbraio 2009, l'UAIE ha in seguito respinto una seconda domanda di rendita presentata il 6 settembre 2007. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato dal 14 febbraio 2005 al 18 febbraio 2009, fermo restando che l'interessata può avere diritto a prestazioni dell'assicurazione invalidità solo dal 1° settembre 2006, un anno prima della presentazione della seconda domanda di rendita (art. 48 cpv. 2 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007).

## **E. 6**

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: - essere invalido ai sensi della legge svizzera; - aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (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 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71). Nella specie, la ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

### **E. 7.1**

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

### **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. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). Giusta l'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), 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).

### **E. 7.3**

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

#### **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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

#### **E. 8**

Nel caso in esame è noto che l'assicurata è portatrice degli esiti di un infortunio alla spalla destra (luglio 2001) con residua periartropatia anchilosante, periartropatia omeroscapolare alla spalla sinistra; problemi cervicospondilogeni sulla parte sinistra e toracovertebrali intermittenti. Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente 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 del 40% almeno durante un anno.

#### **E. 9.1**

Per quanto concerne la conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, i medici dell'UAIE (Dott.ri Lenkhy Hagendel e Muggli) hanno constatato che l'interessata lavora dal gennaio 2006 e che questa attività, svolta in misura quasi completa (32 ore settimanali), sarebbe esigibile anche al 100%. Dal canto suo, l'assicurata, che ha richiesto la prestazione, non ha prodotto documentazione determinante un suo eventuale stato d'invalidità.

#### **E. 9.2**

Nella fattispecie, non è necessario risolvere la presente vertenza sulla base dei pareri medici. Infatti, la nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI a partire dal 1° gennaio 2008), 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). 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). Secondo un principio generale del diritto della assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità. 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 al lavoro, se necessario in una nuova professione (DTF 130 V 97 consid. 3.2.).

### **E. 9.3**

Solo in carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, 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 ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

### **E. 10.1**

Da gennaio 2006, A. \_\_\_\_\_ lavora. È stata assunta da un amico come baby-sitter in ragione di 32 ore la settimana e per un salario adeguato alla sua funzione (circa 900.- dollari al mese). Dunque, dopo l'arrivo negli USA, l'assicurata è rimasta senza lavoro per soli tre mesi (doc. 16), come la stessa ammette. Per tutto il periodo di cognizione giudiziaria, che comincia un anno prima della presentazione della seconda domanda di rendita e termina alla data dell'impugnata decisione, non esiste alcuna invalidità di rilievo. Il fatto che l'interessata lavori per 32 ore settimanali invece di 40 ore è una circostanza personale non imputabile a ragioni di salute che peraltro la stessa non ha mai fatto valere né in sede di nuova domanda, né con il ricorso. Questo lavoro potrebbe essere svolto a tempo normale. Oltretutto, 32 ore invece di 40 rappresentano l'80% di attività ciò che esclude il riconoscimento di una rendita d'invalidità.

### **E. 10.2**

Da quanto precede, ne consegue che da inizio gennaio 2006, nonostante le lamentate affezioni che, di principio, non sono contestate, A. \_\_\_\_\_ ha dimostrato, con comportamento concludente, di aver posto ad utile profitto in occupazione confacente alle sue attitudini la sua superstita energia lavorativa in misura superiore al 60%, come lo richiede la LAI. D'altra parte, la continuità dell'attività in questione, confermata nel formulario del datore di lavoro sottoscritto il 6 marzo 2008, depone per un'attività che non eccede quanto si possa ragionevolmente esigere dall'interessata.

### **E. 11.1**

In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata. Il ricorso in esame, manifestamente infondato, può essere risolto da un giudice unico in applicazione dell'art. 69 cpv. 2 LAI.

### **E. 11.2**

Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, vengono poste a carico della ricorrente e sono compensate con l'anticipo versato il 10 gennaio 2010. Visto l'esito del ricorso, non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

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