

BVGer C-1706/2010 vom 22. März 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-03-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1706_2010

FR: TAF C-1706/2010 du 22 mars 2011

IT: TAF C-1706/2010 del 22 marzo 2011

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

La decisione in parola è stata emanata il 14 gennaio 2010 ed il ricorso è stato depositato il 15 marzo 2010. In base all'art. 60 cpv. 1 LPGA, contro le decisioni pronunciate in virtù della LAI, gli interessati possono interporre ricorso entro 30 giorni dalla notificazione. Nelle specie, incombe all'amministrazione di provare la data di notifica del provvedimento. Ora, l'UAIE ha chiesto alla Posta svizzera di accertare la data di notifica della decisione, ma tale inchiesta non ha avuto successo (doc. 30-31). In carenza della prova della data di notifica, l'amministrazione, nelle sue osservazioni ricorsuali del 5 luglio 2010, ha rinunciato a sollevare l'eccezione di tardività e ha proposto di entrare nel merito del ricorso. Peraltro, la ricorrente stessa comunica di avere ricevuto la decisione in parola il 1° marzo 2010; in assenza di prova contraria è necessario attenersi a tale affermazione e considerare il ricorso tempestivo.

E. 2.4

L'insorgente ha versato l'anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle spese processuali, entro il termine stabilito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 3.1

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

E. 3.2

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 (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 3.3

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. 4

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 (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 (DTF 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. Tuttavia, secondo le norme transitorie sulla V revisione della LAI (cfr. lettera circolare 253 del 12 dicembre 2007 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali [UFAS]), se l'incapacità di lavoro inizia dopo il 1° gennaio 2007, è possibile versare la rendita allo scadere del periodo atteso di un anno a condizione che la domanda di rendita sia presentata entro e non oltre il 31 dicembre 2008 (cfr. consid. 7.3).

E. 5

La ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 25 agosto 2008. In deroga all'art. 24 LPGa, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 25 agosto 2007 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 14 gennaio 2010, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

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 inferiore ai 3 anni, ma più di un anno (cfr. doc. 6: 15 mesi in totale). Tuttavia, risulta dall'E205 (attestato concernente la carriera assicurativa in Italia) che la stessa vanta contributi alle patrie assicurazioni sociali per più di 4 anni (doc. 2). 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). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGa), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

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 si è stabilizzato; la seconda lettera 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%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA, 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 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. 7.5

Per gli art. 5 ed 8 cpv. 3 LPGGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può esigere che l'esercitino, sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete.

E. 8.1

L'assicurata non ha più svolto attività lucrativa dopo il 1974 (doc. 13).

E. 8.2

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 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).

E. 8.3

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 nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2007, ora, art. 28a cpv. 2 LAI). L'art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI; RS 831.201) 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. 8.4

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 da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2). Inoltre, 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 e 122 V 160).

E. 9

Dalla documentazione ad atti si evince che la richiedente è portatrice di sfumati esiti di remota polinevrite acuta attualmente consistenti in una tetraiperreflessia osteo-tendinea, cefalea tensiva recidivante, disturbo d'ansia, lieve scoliosi dorso lombare con lieve accentuazione della cifosi dorsale, modesti segni di artrosi del rachide, iniziale osteopenia, varici arti inferiori. L'assicurata non ha prodotto (in sede di audizione o di ricorso) documentazione medica che attesti ulteriori patologie. Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007). 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 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 del 40% almeno durante un anno.

E. 10.1

Per quanto attiene alle conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 50%, pur rilevando che l'interessata è in grado di lavorare (perizia medica dettagliata, E 213, del 26 marzo 2009, doc. 22). Dal canto suo, la Dott.ssa Meyer, dell'UAIE, ritiene che, a parte i lavori pesanti, l'assicurata è abile a svolgere tutti i lavori che sono assegnati ad una casalinga (doc. 27 e 27.1).

E. 10.2

A._____ presenta dei leggeri esiti di un'antica polinevrite (1994). Infatti, la nominata manifesta dei tremori funzionali periferici e, a livello neurologico, la prova ROT è positiva ai quattro arti (ipereflessia), con appena percettibili difficoltà all'andatura. Per il resto, dal punto di vista neurologico, non sussistono patologie in atto e gli esami specialistici effettuati anche di recente (doc. 17, 24) non lasciano trasparire alcun quadro invalidante. Neanche sotto il profilo ortopedico sussistono turbe di carattere invalidante. L'esame specifico del 21 luglio 2009, nonché quelli precedenti, sono del tutto insignificanti dal punto di vista valetudinario (doc. 20, 23). Non è contestato che la paziente presenti una scoliosi dorso-lombare e che sussista un'alterazione della cifosi dorsale, ma tali anomalie, ascrivibili anche all'età, non rappresentano delle patologie di rilievo invalidante, come pure la presenza di una leggera artrosi rachidea ed un inizio di osteopenia. Si tratta di turbe assai comuni e destinate ad accentuarsi nel corso del tempo, ma non limitanti. Del resto, a livello locomotorio/articolare, viene descritta una situazione ancora nella norma, ossia: una spinalgia pressoria a livello lombare, e null'altro; i movimenti del rachide non sono limitati, gli arti superiori ed inferiori sono normofunzionanti e liberi da limitazioni, l'andatura è regolare, a parte qualche problema di ipereflessia, il portamento eretto; movimenti e toni muscolari regolari a parte gli accennati problemi neurologici del tutto lievi. Per il resto, l'assicurata soffre di una lieve turba d'ansia che abbisogna di controllo specialistico e, pertanto, nemmeno entra in considerazione ai fini dell'esistenza eventuale d'invalidità di cefalee tensive per le quali assume, al bisogno, un'adeguata terapia farmacologica. L'ipovisus è inoltre ben corretto da lenti (doc. 25) con 9/10 in OD e 9/10 in OS. Nel complesso, a parte i precedenti disturbi, l'interessata gode di buone condizioni generali di salute, ogni altro organo ed apparato essendo indenne da patologie.

E. 10.3

La valutazione del lavoro domestico si basa sulle indicazioni della richiedente stessa, le quali sono controllate in una certa misura dall'amministrazione. Il risultato è necessariamente una valutazione esaminata dall'UAIE (o dal giudice in caso di ricorso) alla luce delle perizie mediche ad atti. Il controllo giudiziario richiede che ogni punto della valutazione sia stato determinato con cura e precisione. Il risultato in percentuale che si ottiene non può essere arrotondato (DTF 127 V 129 consid. 5; VSI 2001 p. 265). Analizzando la situazione medica con le incombenze domestiche (famiglia di 6 persone in tutto in una casa di 6 vani), si giunge a ritenere che l'interessata, alla luce delle patologie presenti, potrebbe incontrare delle difficoltà nell'ambito dei lavori più pesanti (come le grandi pulizie, stendere la biancheria, ecc.), mentre in compiti più leggeri la sua capacità resta quasi intatta (condotta dell'economia domestica, preparazione dei pasti, riordino, ecc.). Nel complesso, in base alla Circolare sull'invalidità e la grande invalidità edita dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS, cifra 3084 e seg.), l'interessata presenta un'incapacità al lavoro massima, nell'ambito delle consuete attività domestiche, del 27%, tasso insufficiente per aver diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Vero è che A._____, nell'apposito formulario per gli assicurati occupati nell'economia domestica (doc. 12), ha affermato di non essere in grado di svolgere praticamente nessuno dei lavori di casa. Tale affermazione non può tuttavia assurgere alla dignità di prova, dal momento che riflette la posizione unilaterale dell'assicurata ed è smentita dalle risultanze mediche oggettive.

E. 11

Il collegio giudicante non ha pertanto alcun motivo di scostarsi dal convincente parere del medico dell'UAIE, fondato sul corretto apprezzamento del caso concreto e sull'attento esame della documentazione medica ad atti. Si tratta infatti di osservazioni cliniche da cui si possono derivare utili, oggettivi e persuasivi elementi di giudizio atti a dimostrare che, nonostante le affezioni di cui è portatrice, A. _____, entro la data della decisione in esame, sarebbe stata in grado di attendere alle sue usuali faccende domestiche in modo tale da escludere un'invalidità di rilievo ai fini della rendita.

E. 12.1

In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

E. 12.2

A titolo di spese processuali si prelevano Fr. 300.-, che vengono compensate con l'anticipo di uguale importo versato dalla ricorrente il 12 settembre 2010.

E. 12.3

Visto l'esito del ricorso, non si assegnano indennità per spese ripetibili alla parte soccombente. Per quel che 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.