

# **BVGer C-1882/2010 vom 22. März 2011**

Bundesverwaltungsgericht, 2011-03-22, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1882\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1882_2010)

FR: TAF C-1882/2010 du 22 mars 2011

IT: TAF C-1882/2010 del 22 marzo 2011

## **Regeste**

Diritto alla rendita

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale 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 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). L'interessata ha versato l'anticipo corrispondente alle spese processuali di Fr. 300.- entro il termine impartito. 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 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 (DTF 130 V 445 consid. 1.2).

### **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. 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 reso verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata. In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 LPGa, art. 87 segg. OAI, cfr. DTF 109 V 108 e 130 V 64 e 71). In concreto, l'UAIE ha emanato una prima decisione negativa il 17 marzo 2008. In data 6 maggio 2009, l'amministrazione ha dichiarato di non esaminare una seconda domanda di rendita presentata dall'interessata il 5 agosto 2008, in quanto la stessa non aveva reso plausibile che il grado d'invalidità, rispetto alla prima domanda di rendita, si fosse modificato in misura rilevante per il diritto a prestazioni. Questa decisione non ha quindi esaminato sul merito il diritto a prestazioni. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità può

essere limitato dal 17 marzo 2008, all'11 febbraio 2010, data dell'impugnata decisione.

## **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 tre anni (art. 36 LAI). 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, l'interessata 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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, 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**

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 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 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 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).

#### **E. 7.5**

Per l'art. 5 LAI ed 8 cpv. 3 LPGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire il 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'interessata non ha più lavorato dopo il rimpatrio e si è dedicata ai lavori della propria economia domestica e all'educazione dei figli (doc. 11 cifra 7, doc. 79 cifra 7b, doc. 137).

#### **E. 8.2**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 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 (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. 28a cpv. 2 LAI). 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. 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 grado 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, 122 V 160).

## **E. 9**

Nel caso in esame è stata evidenziata la diagnosi di esiti di isteroannessiectomia totale in età fertile (1998), sindrome depressiva a discreta incidenza funzionale, esiti di frattura della mandibola (1991) trattata chirurgicamente, cervico-lombo-disco-artrosi, gonartrosi, ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo II con segni di neuropatia, emicrania, sindrome vertiginosa (doc. 167, perizia medica particolareggiata, E 213 del 22 giugno 2009). La documentazione medica oggettiva fa stato anche di problemi gastrici recenti sottoforma di gastrite erosiva (cfr. documentazione esibita in sede di audizione e di ricorso).

### **E. 10.1**

Per quanto riguarda le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni il medico dell'INPS (doc. 167) pone un tasso d'invalidità del 70%. Dal canto loro, i sanitari dell'UAIE, Dott.ri Croisier (SMR, doc. 169, 175) e Lehmann (doc. 180), affermano che l'assicurata è del tutto in grado di adempiere alle sue incombenze domestiche.

### **E. 10.2**

Ora, deve essere rilevato che il parere dei medici dell'UAIE non si basa su una documentazione oggettiva, in particolare per quanto riguarda la patologia psichiatrica. In merito all'attuale domanda di rendita (la terza), il medico dell'INPS, nella sua perizia del 22 giugno 2009, stima che le condizioni di salute dell'assicurata, rispetto alla precedente visita, sono peggiorate e che la stessa non sarebbe in grado di svolgere nessun lavoro (doc. 167 cifre 8 e 9). Inoltre, egli annota che la paziente è portatrice di una sindrome ansiosa con notevole depressione del tono dell'umore. Alla luce di quanto riferito, è evidente che il laconico certificato d'esame psichiatrico, del 23 maggio 2009 (doc. 164), che pur attesta una grave depressione cronica di natura endo-reattiva con spunti fobici, non permette un esame completo ed attendibile. Queste certificazioni, anche se sommarie, stanno a dimostrare che non può essere escluso a priori che la patologia psichiatrica rivesta una forma morbosa di particolare importanza. Di principio, quando una patologia di questa natura costituisce, con tutta probabilità, quella più debilitante, l'esame specialistico deve contenere un'anamnesi dettagliata, un rapporto oggettivo che riferisca sull'orientamento spazio-temporale della paziente, sull'umore, sulle idee presenti e fobie (come è il caso nella specie), sulla frequenza degli stati morbosi acuti, sull'organizzazione mentale, sull'intuizione, ecc. L'indagine specialistica deve poi porre una diagnosi ed una prognosi precise, indicare quale è la terapia seguita e gli esiti (risultati) di questa e deve pronunciarsi sulla capacità di lavoro residua.

### **E. 10.3**

Trattandosi poi di una casalinga, si può annotare che la valutazione del lavoro domestico si basa su 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. Di principio, 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). Tuttavia, secondo il Tribunale federale (sentenza I 407/03 del 15 settembre 2003 consid. 4.3), qualora l'invalidità sia riconducibile a disturbi di ordine psichico, l'indagine economica prevista per le casalinghe non rappresenta un mezzo di prova adeguato. In tali casi ci si deve fondare sulle constatazioni medico-teoriche, che

appunto nella fattispecie fanno difetto, per valutare in quale misura la persona assicurata è impedita nel compimento dei lavori domestici.

#### **E. 11.1**

Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare l'eventuale incapacità di lavoro subita dall'interessata e da quando questa invalidità esisterebbe. In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incarto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere.

#### **E. 11.2**

L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal 17 marzo 2008 (data della precedente decisione sul merito) fino alla data dell'impugnata decisione (11 febbraio 2010). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine la ricorrente dovrà essere sottoposta ad una perizia approfondita in psichiatria e ad una perizia medica particolareggiata aggiornata (E 213), accompagnata dagli esami essenziali a seconda delle patologie riscontrate. L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro fra il marzo 2008 e l'11 febbraio 2010, data della decisione impugnata, nonché in merito all'esigibilità dell'attività di casalinga nel periodo suddetto.

#### **E. 12.1**

Visto l'esito del ricorso, non sono prelevate spese processuali e l'anticipo di Fr. 300.-, versato dalla ricorrente il 15 settembre 2010, le viene restituito.

#### **E. 12.2**

In base all'art. 64 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. Nel caso in esame, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.-, da porre a carico dell'UAIE.

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