

BVGer C-198/2012 vom 18. Januar 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-01-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-198_2012

FR: TAF C-198/2012 du 18 janvier 2013

IT: TAF C-198/2012 del 18 gennaio 2013

Regeste

Diritto alla rendita

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 possono essere portate innanzi a questo Tribunale 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). L'interessata ha versato l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali entro il termine assegnato. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 3.1

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea. Di conseguenza, è applicabile, nella specie, 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, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681).

E. 3.2

L'allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345).

Tuttavia, il caso in esame, visto che la decisione impugnata è datata 18 novembre 2011, rimane regolato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base al 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, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data 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) ed il regolamento (CEE) n. 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

E. 3.3

Secondo l'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'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 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 i 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 d'invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

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 135 V 24 consid. 4.3). Visto che il potere di esame dello scrivente Tribunale è limitato al 18 novembre 2011, data della decisione impugnata, 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. 5

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 18 novembre 2011, 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 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 con i rinvii).

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 almeno 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 3 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'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. 7.3

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 dell'UE e vi risiede (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

E. 8.1

L'assicurata, dopo il rimpatrio, ha ancora lavorato (doc. 15) in diversi settori. Da ultimo (febbraio 2006) era alle dipendenze di una ditta del settore ittico-conserviero in qualità di pulitrice di frutti di mare, in ragione di 40 ore settimanali; ha rassegnato le dimissioni con effetto 6 settembre 2008 per ragioni di salute (doc. 16, 18).

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

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).

E. 8.4

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. 9.1

Nella fattispecie, A. _____ soffre di una fibromialgia generalizzata con disturbo misto ansioso-depressivo, tendinite calcificante del braccio destro, osteopenia (cfr. perizia medica particolareggiata del 13 aprile 2011, doc. 5).

E. 9.2

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il servizio medico dell'INSS non si esprime in merito in modo preciso, pur ritenendo che l'interessata sarebbe in grado di svolgere un lavoro adeguato al suo stato di salute (doc. 5, E 213, cifra 11.5). Per il resto il documento dell'INSS è piuttosto incompleto. Dal canto suo, la Dott.ssa Vonlanthen dell'UAIE, in sede d'istruttoria, ha sempre negato l'esistenza di un'invalidità di livello pensionabile (doc. 80 e 94) sostenendo che la richiedente è ancora in grado di svolgere la precedente attività (pulitrice di frutti di mare). In sede di ricorso, il medico menzionato ha ribadito tale parere, pur chiedendo un esame in materia psichiatrica vista la componente fibromialgica/ansio-depressiva. Chiamata a pronunciarsi in merito a questa

patologia, la Dott.ssa Gobat (psichiatra), del servizio medico dell'UAIE, ha condiviso il parere della Dott.ssa Vonlanthen (doc. 105).

E. 9.3

Ora, ai rapporti delle Dott.sse Vonlanthen e Gobat non può essere prestata adesione per diversi motivi.

E. 9.3.1

Può essere osservato che la diagnosi principale si riferisce ad una fibromialgia. In questo senso, va rilevato che detta patologia può essere assimilata a una sindrome da dolore somatoforme persistente (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 721/02 del 10 marzo 2003). In una sentenza successiva, il Tribunale federale ha precisato che, in certi casi, la sindrome da dolore somatoforme può causare un'invalidità (DTF 130 V 352 consid. 2.2). Queste patologie rientrano nella categoria delle affezioni psichiche per le quali una perizia psichiatrica appare indispensabile quando occorre verificare l'incidenza di queste sull'incapacità di lavoro.

E. 9.3.2

Nel caso in esame, di tutta evidenza, l'indagine psichiatrica è del tutto carente. La Dott.ssa Gobat, per confermare il parere della collega Dott.ssa Vonlanthen, si è fondata su di un rapporto psichiatrico insufficiente. Essa ha fatto riferimento al certificato del Dott. Puñal Vidal del 7 marzo 2011 (doc. 66) che è carente sotto più aspetti. Nel caso in cui la patologia psichica rappresenti un elemento diagnostico primario o importante, il relativo rapporto psichiatrico deve essere approfondito. Questo deve contenere l'anamnesi dettagliata, una descrizione oggettiva che riferisca sull'orientamento spazio-temporale della paziente, sull'umore, sulle idee presenti, sull'organizzazione mentale, l'intuizione, ecc. Il referto deve poi porre una diagnosi precisa ed una prognosi, la terapia praticata e deve, di principio, pronunciarsi sulla capacità di lavoro residua in qualsiasi ambito. La carenza della documentazione medica ad atti viene peraltro implicitamente ammessa dalla stessa Dott.ssa Vonlanthen che, nel rapporto dell'11 maggio 2012, chiede un parere psichiatrico. Quello espresso dalla Dott.ssa Gobat (doc. 105) sulla scorta dell'inconsistente parere del Dott. Puñal Vidal (doc. 66), appare improprio per poter giudicare con sufficiente attendibilità la capacità lavorativa residua dell'assicurata. Può essere aggiunto che secondo il parere di un altro medico (legale) spagnolo, Dott. Baena de la Rosa (doc. 89), la paziente, a causa della cronicizzazione del disturbo mentale di origine fibromialgica, sommato all'intensa assunzione di farmaci con effetti secondari evidenti, è limitata in modo notevole nell'esercizio di un'attività.

E. 9.3.3

L'istruttoria dell'autorità inferiore è dunque carente dal punto di vista psichiatrico non esistendo un parere medico avente titolo e validità di prova ai sensi di quanto richiesto dalla giurisprudenza (cfr. consid. 8.4). 10.1 Quando il parere del medico dell'UAIE diverge dagli altri giudizi e/o non può essere fondato su documentazione oggettiva avente la qualità di prova, occorre procedere ad una nuova investigazione medica. Infatti, è compito del medico dell'UAIE stabilire in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue capacità psicofisiche, attenendosi unicamente alle funzioni importanti relative alle attività lavorative che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto (art. 49 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI, RS 831.201]). Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di

determinare la misura dell'incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessata e da quando questa esisterebbe. 10.2 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 (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal settembre 2008 (cessazione dell'attività lucrativa), fino alla data dell'impugnata decisione (18 novembre 2011). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine la ricorrente dovrà essere sottoposta ad una perizia approfondita in psichiatria e dovrà essere aggiornata la situazione reumatologica. L'interessata sarà sottoposta a tutti quegli esami clinici/strumentali che il caso richiede. Se del caso, l'amministrazione effettuerà poi un'indagine comparativa dei redditi.

E. 11.1

Visto l'esito del ricorso, non si prelevano spese processuali. L'anticipo di 400 franchi, versato dalla ricorrente il 7 dicembre 2012, le viene restituito.

E. 11.2

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. Nella fattispecie, la ricorrente ha agito senza essere rappresentata. Non avendo dovuto prendere a carico spese di rappresentanza non può esserle assegnata alcuna indennità.

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