

BVGer C-5517/2007 vom 5. Januar 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-01-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5517_2007

FR: TAF C-5517/2007 du 5 janvier 2010

IT: TAF C-5517/2007 del 5 gennaio 2010

Regeste

Assicurazione per l'invalidità (altro)

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

E. 1.2

Riservate le eccezioni - non realizzate nel caso di specie - di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

E. 1.3

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 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo 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), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a

far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il 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). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

E. 2.2

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.

E. 2.3

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. 2.4

Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.1

Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

E. 3.2

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

E. 3.3

La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 28 febbraio 2006. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la

richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 28 febbraio 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 13 luglio 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

E. 4

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI); aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI). La ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

E. 5.1

L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la 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. 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).

E. 5.2

Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

E. 5.3

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5

agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

E. 5.4

Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c*).

E. 6.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 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; metodo generale del raffronto dei redditi). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135). Peraltro, l'invalidità degli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa e per il resto sono dediti allo svolgimento delle proprie mansioni va computata secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi (art. 16 LPGA) per la parte di attività lucrativa, mentre in merito all'impedimento a svolgere le mansioni consuete l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività - da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97) - conformemente all'art. 27 OAI. In tal caso occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa e quella del compimento degli altri lavori abituali e calcolare il grado d'invalidità globale in funzione dell'impedimento nei due ambiti in questione (metodo misto; cfr. DTF 125 V 148 consid. 2; sentenze del Tribunale federale 9C_35/2007 del 4 aprile 2008 consid. 2, I 503/04 del 13 settembre 2006 consid. 2, nonché in particolare I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 2 e I 540/02 del 12 maggio 2004 consid. 2).

E. 6.2

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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. 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; metodo specifico). 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. 6.3

Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

E. 7.1

Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a). Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

E. 7.2

In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

E. 8.1

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. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione - ad esempio quale perizia o rapporto - ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3a).

E. 8.2

In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17

dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 8.3

Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

E. 8.4

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 9.1

In materia d'assicurazioni sociali, il giudice fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza poter essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante. Non è pertanto sufficiente che un fatto possa essere considerato come un'ipotesi possibile (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti).

E. 9.2

La scelta di uno dei metodi di graduazione dell'invalidità (metodo generale del confronto dei redditi, metodo specifico o metodo misto) dipende dallo statuto attribuito al potenziale beneficiario della rendita. Se una persona sia da considerarsi appartenente all'una o all'altra di queste categorie si determina esaminando cosa essa avrebbe fatto, ritenute altrimenti le medesime circostanze, se non fosse subentrato il pregiudizio alla salute. Questo quesito si decide tenendo conto dell'evoluzione della situazione sino all'emanazione della decisione amministrativa litigiosa, ritenuto che l'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa completa o parziale va ammessa ove tale eventualità presenti un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 125 V 150 consid. 2c).

E. 10.1

Al fine di determinare lo statuto della ricorrente, si deve segnatamente esaminare se la stessa, da sana, avrebbe consacrato l'essenziale della sua attività all'economia domestica o a un'occupazione lucrativa, questo alla luce della sua situazione personale, familiare, sociale e finanziaria (cfr. sentenza del Tribunale federale I 382/04 del 18 ottobre 2005 e DTF 117 V

195).

E. 10.2

Nel caso di specie, l'UAIE ha ritenuto che da sana la ricorrente avrebbe consacrato la sua attività all'economia domestica. L'insorgente non ha contestato in sede di ricorso questo apprezzamento delle risultanze processuali. Non appare altresì sussistere motivo per un intervento d'ufficio al riguardo da parte di questo Tribunale (doc. 20 e 21).

E. 11.1

Dalla documentazione medica agli atti emerge che la ricorrente soffre segnatamente di verosimile epilessia sintomatica con attacchi focali in buon controllo farmacologico, assai lieve stato d'ansia reattivo, menopausa post-chirurgica (isterectomia totale per fibromatosi) (cfr. fra l'altro la perizia particolareggiata E 213 del 20 marzo 2006 pag. 8 [doc. 38]).

E. 11.2

Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare (o anche solo di 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 di almeno il 40% durante un anno.

E. 12.1

Occorre quindi determinare se la ricorrente ha subito nel periodo determinante (cfr. consid. 3.3 del presente giudizio), e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI.

E. 12.2

Dalle carte processuali emerge che, dopo il rimpatrio, la ricorrente non ha più lavorato e si è dedicata ai lavori della propria economia domestica (doc. 20 e 21).

E. 12.3.1

Nei suoi rapporti del 29 marzo e 10 luglio 2007 e del 18 marzo 2008, il dott. E._____, medico del SRM, specialista in neurologia, ha esposto la diagnosi che a suo giudizio, conto tenuto della documentazione medica agli atti (in particolare della perizia medica particolareggiata E 213 del 20 marzo 2006), ha una ripercussione sulla capacità lavorativa, di epilessia parziale con generalizzazioni secondarie. Ha altresì indicato che la ricorrente è affetta da epilessia dal 1983, che tale patologia presenta una buona risposta al trattamento farmacologico, che l'insorgente soffre ancora di crisi senza alterazione dello stato di coscienza e che la stessa assume la medesima terapia farmacologica da molti anni. Il dott. E._____ ha quindi ritenuto che la ricorrente è in grado sia di svolgere la precedente attività di segretaria che di adempiere alle proprie mansioni consuete come casalinga (doc. 43, 54 e 58).

E. 12.3.2

Secondo questo Tribunale, non vi è ragione di scostarsi da questa valutazione, ritenuto come la stessa trova fondamento anche nella perizia medica particolareggiata E 213 del marzo 2006 e negli altri documenti medici agli atti. In particolare, la perizia

particolareggiata E 213 (doc. 38) fa stato di verosimile epilessia sintomatica con attacchi focali in buon controllo farmacologico (pag. 8), senza peraltro indicazioni precise riguardo a specifiche limitazioni funzionali. Il medico incaricato dell'esame ha segnatamente precisato che la ricorrente non ha più avuto perdita di coscienza da quando è in terapia (pag. 2). Ha altresì considerato che le condizioni di salute della medesima sono rimaste stazionarie (pag. 8) e che la stessa è in grado di svolgere regolari lavori leggeri nonché il suo precedente lavoro ed un lavoro adeguato a tempo pieno. Ha certo segnalato che conformemente alle disposizioni del Paese di residenza della ricorrente, è da ritenersi un'invalidità del 40% per qualsiasi attività. Tuttavia, nella presente causa il grado d'invalidità della ricorrente non va esaminato secondo le disposizioni del Paese di residenza della ricorrente, ma secondo le norme vigenti in Svizzera (cf. considerando 2.4 del presente giudizio). Peraltro, dalla documentazione medica agli atti risulta segnatamente che la ricorrente è affetta da epilessia dal 1983 (doc. 22), che la medesima ha sofferto di una crisi tonico-clonica generalizzata nel 1983 ed ha presentato ancora due crisi tonico-cloniche generalizzate, in ragione delle quali è stata sottoposta a terapia con anticonvulsivo (doc. 36), che, a seguito dell'assunzione del farmaco antiepilettico, la stessa non ha più presentato crisi con sintomatologia convulsiva e perdita della coscienza (doc. 31), che l'epilessia risulta in buon compenso farmacologico (doc. 26), che il decorso dell'affezione è positivo (doc. 28), che le condizioni di salute dell'insorgente dal profilo neurologico sono stabili (doc. 30) e che nel corso degli anni la medesima ha sofferto (al massimo una volta al mese ogni 3-4 mesi) soltanto di crisi semplici (sensazione di formicolio alla pancia, sensazione di angoscia, perdita della parola per una frazione di secondo, dispnea, tremore, tachicardia, confusione in testa) (doc. 33, 35 e 36). I rapporti del B. _____ non comportano altresì alcuna indicazione in merito ad una specifica incapacità lavorativa e neppure nell'espletamento delle mansioni quale casalinga. La ricorrente ha invero sottolineato - con scritto del 21 maggio 2007 successivo al progetto di decisione del 4 aprile 2007, ma pure in sede di ricorso e di replica - che le affezioni di cui soffre comportano una totale incapacità lavorativa e giustificano un'invalidità del 100%. Tuttavia, non ha prodotto nuova documentazione medica oggettiva suscettibile di dimostrare la sussistenza della pretesa invalidità. Occorre precisare che nella misura in cui il referto di visita neurologica del 7 maggio 2007 (doc. TAF 1) e le relazioni mediche del 25 maggio 2007 e del 25 gennaio 2008 del dott. F. _____ (doc. 48 nonché doc. 53 e doc. TAF 8) si riferiscono alla nota diagnosi, segnatamente di epilessia in terapia farmacologica, non apportano alcun (nuovo) elemento medico decisivo nel senso indicato dall'insorgente per la valutazione della sua capacità lavorativa quale casalinga. Allorché il certificato medico del 13 febbraio 2006 del dott. G. _____ (doc. TAF 8), fa stato di (nuove) patologie quali grave spondilartrosi, ipertensione borderline, insufficienza venosa agli arti inferiori, queste non sono corroborate da riscontri oggettivi nel rapporto medesimo. Peraltro, tali patologie non sono neppure state incluse nella diagnosi di cui a pagina 8 della menzionata perizia particolareggiata E 213 del marzo 2006 (doc. 38). Manca inoltre una dimostrazione della persistenza delle stesse per un periodo giuridicamente sufficiente fino alla pronuncia della decisione impugnata del 13 luglio 2007 nonché una motivazione con riferimento alle ragioni di una specifica inabilità lavorativa quale casalinga e sul momento a partire dal quale si debba eventualmente ritenere siffatta inabilità lavorativa. La ricorrente ha certo preteso, in sede di ricorso e di replica, di soffrire di nuove affezioni - sindrome ansioso-depressiva endoreattiva di grado grave, steatosi epatica, gastralgie con peristalsi difficoltosa, astenia e stato soporoso con senso vigile latente - ma non ha prodotto alcun documento medico specialistico da cui risultino,

da un lato, tali affezioni, e, dall'altro lato, l'incidenza delle stesse sulla sua capacità lavorativa quale casalinga. In siffatte circostanze, ben poteva l'autorità inferiore decidere il caso sulla base della documentazione medica agli atti senza dovere procedere d'ufficio ad ulteriori accertamenti, non risultando dalla documentazione sufficienti indizi che potessero giustificare dubbi o incertezze riguardo all'esito della causa.

E. 12.4.1

Questo Tribunale osserva, infine, che in merito all'impedimento a svolgere le mansioni consuete, nella fattispecie quelle di casalinga, l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività da attuare di principio mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97). Siffatta indagine domiciliare è peraltro, e di principio, primordiale - e quella medica di massima insufficiente ad essa sola - per la determinazione dell'incapacità a svolgere le consuete mansioni nei casi in cui l'incapacità si fonda principalmente su problemi fisici (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_784/2008 del 6 novembre 2008 consid. 4.2.1 e relativi riferimenti, tra cui segnatamente il consid. 5.2.1 della sentenza del Tribunale federale I 246/05 del 30 ottobre 2007 non pubblicato in DTF 134 V 9).

E. 12.4.2

A prescindere dal fatto che nel caso concreto l'inchiesta domiciliare di regola necessaria in presenza di limitazioni essenzialmente d'origine somatica, non è stata esperita, senza che sia stata indicata una valida ragione per giustificare una rinuncia o il ricorso ad altro strumento idoneo alternativo per un corretto accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti (v. sulla questione le sentenze del Tribunale federale I 733/06 del 16 luglio 2007 consid. 4.2.1 e 8C_671/2007 del 13 giugno 2008 consid. 2 e 3 nonché le sentenze del Tribunale amministrativo federale C-5131/2007 del 16 marzo 2009 e C-7838/2007 dell'8 settembre 2009), va però rilevato che nel caso in esame l'insorgente stessa ha dichiarato d'essere in grado di svolgere le mansioni consuete che competono ad una casalinga, ad eccezione della pulizia dei pavimenti e della pulizia dei vetri. In particolare, la medesima sarebbe aiutata dal marito per tali mansioni (v. segnatamente le risposte di cui al questionario per assicurati occupati nell'economia domestica; doc. 21). Ciò premesso, è quindi eccezionalmente possibile nel caso di specie una valutazione della capacità della ricorrente a svolgere le abituali mansioni di casalinga sulla base del formulario per gli assicurati occupati nell'economia domestica, compilato dall'insorgente medesima (doc. 21), nonché della valutazione medica della sua capacità ad effettuare le abituali mansioni di casalinga. Peraltro, anche concludendo ad una completa incapacità al lavoro, dunque del 100%, per una delle attività di casalinga indicate e ritenute nell'apposito formulario (v. doc. 43.1), ossia quella di cui al punto 3 "pulizia dell'abitazione" (la ricorrente ha in effetti dichiarato di non poter effettuare la pulizia dei pavimenti e la pulizia dei vetri; cfr. la sua risposta alle domande 3.1 e 3.3 del questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica; doc. 21), il grado d'invalidità dell'insorgente quale casalinga sarebbe del 10% (o al massimo del 20%; cfr. doc. 43.1. nella variante più favorevole alla ricorrente), che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

E. 12.5

In conclusione, sulla scorta della documentazione medica agli atti di causa e delle considerazioni che precedono, questo Tribunale condivide la valutazione dell'autorità inferiore secondo la quale la ricorrente è in grado, nel periodo di riferimento, di adempiere alle proprie mansioni consuete di casalinga in misura tale da escludere il diritto ad una

rendita d'invalidità secondo il diritto svizzero.

E. 13

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

E. 14.1

Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dalla ricorrente stessa il 19 aprile 2008.

E. 14.2

Alla ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205). (dispositivo alla pagina seguente)

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