

# **BVGer C-6687/2008 vom 6. Dezember 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-12-06, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6687\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6687_2008)

FR: TAF C-6687/2008 du 6 décembre 2010

IT: TAF C-6687/2008 del 6 dicembre 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 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). 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 (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 federale 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 resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 108 e 130 V 64 e 71). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87 segg. OAI). In concreto, l'UAIE ha emanato una prima decisione negativa il 5 ottobre 1995. Una seconda decisione negativa, in esito ad una seconda richiesta di prestazioni, è stata emanata il 10 gennaio 2005. Con decisione dell'8 ottobre 2008 ha in seguito respinto una terza domanda di rendita presentata il 19 ottobre 2006. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato dal 10 gennaio 2005 all'8 ottobre 2008.

## **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, l'interessato 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 (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008) 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**

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 LPGA) 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 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 nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

### **E. 8.1**

L'assicurata ha ricominciato a lavorare nel giugno 2000 per una ditta di elettrotecnica della zona di frontiera. Dopo un'interruzione dell'attività dovuta a patologia passeggera, ha ripreso a lavorare nel maggio 2004 in ragione di 40/43 ore settimanali (a seconda dei turni). È rimasta assente dal lavoro per ragioni di malattia (o infortunio) dal 28 gennaio al 6 febbraio, dal 14 al 23 ottobre, dal 12 dicembre 2005 al 7 gennaio 2006, dal 6 al 9 aprile ed a partire dal 12 luglio 2006. È stata licenziata con effetto 30 aprile 2007. Da quanto precede, ne consegue che almeno fino al 12 luglio 2006, A. \_\_\_\_\_ non ha mai subito un'incapacità di lavoro del 40% almeno per un lungo periodo, seguita da incapacità di guadagno pure della metà almeno. Dopo la data surriferita la nominata non ha più lavorato.

### **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. 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**

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, 114 V 314 consid. 3c).

### **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, 122 V 160).

### **E. 9.1**

Nel caso in esame, in sede d'istruttoria l'interessata è stata sottoposta a visita medica approfondita al SAM di Bellinzona. I medici incaricati hanno evidenziato: "Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: sindrome panvertebrale cronica su: leggere turbe statiche ed iniziali alterazioni degenerative, insufficienza muscolare, tendenza alla cronicizzazione dei dolori con sviluppo fibromialgico, (anamnesticamente) progressiva sacroileite bilaterale (diagnosi non confermata); sindrome fibromialgica; persistenti dolori alla caviglia sinistra su esiti di frattura bimalleolare e conseguente osteosintesi nel 2001; cefalea cronica frontale a destra con importante componente tensionale/funzionale. Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: anacusia e sindrome vertiginosa cronica su petrosectomia subtotale destra per chemodectomia della rocca petrosa destra di grado B/C; malattia coronarica compensata; fattori di rischio cardiovascolari: pregresso abuso nicotinic, ipertensione arteriosa, obesità; ipertensione arteriosa in trattamento; nota anemia sideropenica; fobie specifiche (claustrofobia e paura della malattie oncologiche), obesità con BMI 36 Kg/m<sup>2</sup>". Per quanto riguarda la diagnosi la parte ricorrente critica l'amministrazione di non avere sufficientemente investigato le patologie fibromialgica, cardiologica e neurologica. Tali affermazioni non trovano riscontri agli atti. Inoltre, la documentazione prodotta in sede ricorsuale non ha apportato sostanziali novità. La relazione del Dott. Heitmann del 12 novembre 2008 riprende, nella sostanza, quanto già evidenziato dal SAM e riferisce in merito agli ultimi eventi patologici (cardiopatie) della ricorrente.

### **E. 9.2**

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 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. 10.1**

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, deve essere osservato che una perizia richiesta dall'UAI (in caso un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità) non può essere scartato adducendo che si tratta di un referto di parte. Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e

consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). In questo contesto l'Ufficio AI agisce quale organo amministrativo preposto all'attuazione della legge, sicché le perizie ordinate in adempimento di questo compito non possono essere considerate di parte o non conclusive alla luce di altri referti (DTF 123 V 175 e 122 V 157). Il Tribunale federale ha inoltre precisato che deve essere considerata rilevante una perizia affidata al SAM, negando che tale servizio medico possa essere considerato parte in causa per sussistenza di un vincolo per cui l'istituto medesimo sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione per l'invalidità. Determinante è invece la circostanza che la perizia del SAM rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a e 122 V 160 consid. 1c).

## **E. 10.2**

Nella fattispecie, va annotato che i sanitari del SAM hanno preso atto dell'incarto della Cassa malati e dell'abbondante documentazione sanitaria raccolta nell'ambito delle prime due domande di rendita. La perizia del SAM tiene inoltre conto dell'evoluzione del suo stato di salute fino alle date delle visite del gennaio 2008. L'assicurata presenta differenti aspetti patologici che interessano più organi ed apparati.

### **E. 10.2.1**

Dal lato ortopedico/reumatologico (Dott. Keller), il problema alla colonna vertebrale è presente da numerosi anni. La sindrome è algica e si associa ad una fibromialgia. Dal punto di vista oggettivo i movimenti dell'intera colonna sono ben conservati, non vi sono segni di radicolopatie cervicale o lombare, lo stato articolare non presenta particolarità di rilievo e non vi sono segni di un'artropatia di tipo infiammatorio. Dolenzie sono segnalate alla colonna cervicale e, parzialmente, a quella lombare. Le radiografie dell'intera colonna vertebrale hanno potuto evidenziare solo delle incipienti alterazioni a livello toraco-lombare; l'articolazione sacro-iliaca è leggermente sclerotica, ma ben riconoscibile. Comunque, i movimenti degli arti inferiori e superiori sono senza particolarità, a parte le descritte dolenzie polidistrettuali. L'abilità dei polsi, delle mani e delle dita non presenta particolari limitazioni. Per quel che riguarda la caviglia sinistra, accidentata nel 2001, la paziente accusa dolori soprattutto in caso di sovraccarico. Il Dott. Keller valuta la capacità lavorativa della paziente al 70% nell'ultima attività esercitata ed all'80% nell'ambito di un lavoro particolarmente adattato.

### **E. 10.2.2**

Sotto il profilo neurologico (Dott. Bernasconi), l'esperto non ha riscontrato danni radicolari alla colonna vertebrale od altre sofferenze neurogene. Anche per quanto riguarda il problema vestibolare/vertiginoso, l'esperto non ha segnalato anomalie oggettive, a parte una marcia ad occhi chiusi di tipo incerto. Le cefalee ricorrenti possono essere riferite agli esiti dell'intervento all'orecchio, ma, di per sé, non assumono carattere invalidante; la

cefalea frontale, più recente, assume una componente tensionale, ma gli esami effettuati in Italia (tomografie assiali computerizzate, TAC) hanno escluso danni più gravi e, peraltro, l'indagine clinica-oggettiva è risultata negativa. Nel caso in esame è palese una notevole discrepanza fra le constatazioni oggettive e le doglianze soggettive. Pur ritenendo verosimile che possano esservi degli episodi di cefalea intensa e limitante, malgrado la difficoltà di quantificare in modo oggettivo detti disturbi, il Dott. Bernasconi non ritiene che queste siano di entità tale da determinare un'inabilità lavorativa superiore al 20%.

### **E. 10.2.3**

Dal lato otorinolaringoiatrico (Dott. Jermini), la paziente è portatrice degli esiti dell'exeresi di un chemodectoma all'orecchio destro (febbraio 2004). Non si sono verificate recidive del male, come neppure eventuali metastasi. L'udito dell'orecchio destro non è funzionale. La patologia può essere all'origine dei fenomeni vertiginosi accusati dalla paziente, ma di solito non dopo un periodo di 2 anni dopo l'intervento. In assenza pertanto di disturbi oggettivabili attuali, lo specialista incaricato valuta nulla l'incapacità di lavoro dell'assicurata in qualsiasi ambito lavorativo a lei proponibile.

### **E. 10.2.4**

Sotto il profilo cardiologico (Dott. Sartori) i dolori toracali accusati dalla paziente sono atipici e non ascrivibili a turbe cardiocircolatorie. Tutti gli esami più significativi sono stati effettuati e le uniche affezioni riscontrabili consistono in una irregolarità della ripolarizzazione e, alla luce dell'esame tomoscintigrafico, in una ischemia miocardica inducibile allo sforzo in territorio anteroseptale e, quindi, prognosticamente significativa. La paziente è abile a qualsiasi lavoro di tipo leggero e/o sedentario. L'esame coronarografico del 20 novembre 2008 (prodotto in sede di ricorso) ha mostrato un quadro angiografico senza evidenza di aterosclerosi coronarica ed ha inoltre mostrato una normale funzione endoteliale. Il Dott. Nosedà, cardiologo, nella sua relazione del 23 febbraio 2009, dopo aver analizzato tale referto, ha escluso una problematica cardiaca con influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata.

### **E. 10.2.5**

Dal lato psichiatrico, il Dott. Jaime ha riferito che la paziente presenta soprattutto delle fobie che non influiscono sulla sua capacità di lavoro. Si tratta della paura degli spazi chiusi, dei viaggi in aereo e dell'insorgenza di patologie cancerose. Da un punto di vista clinico si tratta di un quadro che assume una gravità lieve e non incide in modo importante sulla qualità di vita dell'assicurata. Peraltro, l'interessata non è seguita da uno specialista, ma assume, all'occasione solamente una cura psicofarmacologica adeguata.

### **E. 10.2.6**

Per quanto riguarda la fibromalgia, la stessa è stata menzionata per la prima volta dal Dott. Heitmann nella sua perizia del 12 novembre 2008. Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in Schaffauser/Schlauri, *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, p. 64 n. 93). Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'AI le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente

esigibile deve essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b; DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Dunque, nel quadro di esame del diritto a prestazioni (o in caso di revisione) le manifestazioni soggettive di dolori devono essere confermate da osservazioni mediche concludenti, a difetto di ciò un apprezzamento di questo diritto a prestazioni non può garantito in modo conforme al principio di parità di trattamento fra gli assicurati. Il Tribunale federale ha avuto modo di precisare che l'inesigibilità della ripresa lavorativa presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale son sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 130 V 352 consid. 2.2.2 ). Nel caso in esame, la sindrome fibromialgica segnalata dal Dott. Keller non è di principio contestata. La paziente descrive dolori non oggettivabili che, con il tempo, sono andati vieppiù peggiorando diffondendosi all'intero sistema locomotore. Nessun miglioramento è stato riscontrato con l'assunzione di AINS ed analgesici, né tantomeno con l'esecuzione di trattamenti fisioterapici. Il Dott. Keller osserva che questa sintomatologia tocca il sistema locomotore con dolori più intensi lungo l'intera muscolatura paravertebrale. Tuttavia, queste doglianze di tipo soggettivo non sono accompagnate da una comorbidità psichica rilevante. L'esame psichiatrico, come già rilevato, ha messo in luce delle fobie su di una base ansiosa, ma nessuna turba mentale che possa sorreggere il carattere invalidante dell'affezione fibromialgica. In queste circostanze si deve ritenere che il riscontro di una fibromialgia non ha conseguenze pratiche sulla valutazione dell'incapacità di lavoro dell'assicurata.

### **E. 10.3**

In sostanza, i medici del SAM rilevano che le patologie invalidanti sono quelle di carattere reumatologico/ortopedico e neurologico, mentre quelle otorinolaringoiatriche, cardiologiche e psichiatriche non lo sono. La paziente presenta un grado d'invalidità del 30% nell'ambito del precedente lavoro (settore elettrico-industriale) ed anche in quello ancora precedente (cucitrice/settore tessile). In attività più adeguate, la capacità al lavoro salirebbe all'80% (cfr. punti 8 e 9 della perizia), ma a determinate condizioni di porto pesi, posture, condizioni di lavoro ecc. La documentazione esibita dopo la visita al SAM (segnatamente: rapporti di visite ed esami cardiologici del 21 aprile, 30 giugno, 18 novembre 2008; visite neurologiche del 7 aprile 2008 e 16 settembre 2008, certificati del medico curante Dott. Marchetta, ecc.) non ha modificato questa valutazione. La stessa è stata adeguatamente esaminata dai medici dell'Ufficio AI cantonale (Dott.ri Klauser, Erba, Nosedà), i quali hanno potuto escludere l'insorgenza di un peggioramento e/o di una scarsa analisi di patologie in atto.

### **E. 10.4**

Il collegio giudicante, sulla scorta dei pareri dei medici del SAM e dei collaboratori dell'Ufficio AI cantonale, ritiene che A. \_\_\_\_\_ dopo il luglio 2006 (cessazione

dell'attività) avrebbe potuto svolgere, in misura del 70%, la precedente attività di operaia in industria del settore elettrico-industriale (fabbrica di micromotori elettrici). Lo stesso tasso è applicabile al precedente lavoro nel settore tessile o delle confezioni (cucitrice). Queste attività sono di carattere leggero e semisedentario. L'assicurata era infatti addetta a compiti di imballaggio di oggetti non pesanti in piedi o seduta, verificava la qualità del prodotto, lo inscatolava e lo poneva su di una paletta pronto per l'uscita dalla fabbrica. Lavorava anche alla tavola dei connettori pure in posizione prevalentemente seduta o alternata; a volte era addetta al montaggio in posizione seduta (cfr. rapporto del datore di lavoro redatto il 13 marzo 2007). L'assicurata presenta dunque un tasso d'incapacità di lavoro e di guadagno del 30% ai sensi della LAI insufficiente per avere diritto a una rendita d'invalidità. In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

#### **E. 11.1**

Di principio la procedura è onerosa e quindi soggetta al pagamento di spese processuali (art. 69 LAI). Nel ricorso del 23 ottobre 2008, il Patronato INAS ha formulato una domanda di assistenza giudiziaria per quanto attiene alla dispensa dal pagamento delle spese processuali. Giusta l'art. 6 del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nella cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008, le spese processuali possono essere condonate totalmente o parzialmente alla parte che non beneficia del gratuito patrocinio previsto dall'art. 65 PA, quando, segnatamente (lett. b.) per altri motivi inerenti il litigio o alla parte in causa non risulti equo addossarle le spese processuali. Attesto che l'interessata non lavora più dal luglio 2006, il TAF rinuncia a prelevare le spese processuali.

#### **E. 11.2**

Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili. 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 sulla 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.