

BVGer C-7158/2010 vom 26. September 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-09-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7158_2010

FR: TAF C-7158/2010 du 26 septembre 2011

IT: TAF C-7158/2010 del 26 settembre 2011

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 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). L'insorgente ha versato l'anticipo di Fr. 400.-, corrispondente alle presunte spese processuali, entro il termine stabilito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 3.1

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno

della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

E. 3.2

Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 3.3

L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

E. 4

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni. Tuttavia, secondo le norme transitorie sulla V revisione della LAI (cfr. lettera circolare 253 del 12 dicembre 2007 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali [UFAS]), se l'incapacità di lavoro inizia dopo il 1° gennaio 2007, è possibile versare la rendita allo scadere del periodo attesa di un anno a condizione che la domanda di rendita sia presentata entro e non oltre il 31 dicembre 2008 (cfr. consid. 7.3).

E. 5

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 25 luglio 2008. In deroga all'art. 24 LPGa, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 25 luglio 2007 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e l'11 agosto 2010, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3).

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, il 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 invalido ai sensi di legge.

E. 7.1

In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 7.2

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

E. 7.3

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute si è stabilizzato; la seconda lettera se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 7.5

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

E. 8.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 8.2

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 LPGGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2bis LAI nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2007, ora, art. 28a cpv. 2 LAI). L'art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI; RS 831.201) precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità (metodo specifico). Invece, il tempo libero ed eventuali attività ricreative (sport, giochi, divertimenti) non sono contemplabili nei cosiddetti lavori abituali ai sensi delle norme sopra riferite (cfr. Michel Valterio, *Droit de l'assurance vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI)*, Ginevra, 2011, cifra 2151 e seg., vedi anche sentenza del Tribunale federale I 609/05 del 1° febbraio 2006, consid. 4.3.1).

E. 8.3.1

Per quanto riguarda la scelta del metodo di valutazione dell'invalidità di una persona assicurata che non esercita più un'attività lucrativa si deve esaminare quale sarebbe stata l'attività esercitata se non fosse subentrata l'invalidità. In altre parole, lo statuto di un assicurato viene determinato se lo stesso, da sano, quindi se non fosse subentrato il danno alla salute, avrebbe consacrato l'essenziale del suo lavoro all'economia domestica o ad un'occupazione remunerata e questo tenendo conto dell'evoluzione della situazione fino alla data dell'emanazione e dell'impugnata decisione. L'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa va ammessa ove tale eventualità si presenti alla luce della situazione personale, familiare, sociale ed economica con un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b).

E. 8.3.2

Nella specie, l'assicurato, che ha sempre lavorato nel settore edile, non ha più svolto attività lucrativa dopo il 1992 (doc. 14). Avrebbe interrotto la sua attività per problemi di salute. Questa affermazione non è tuttavia confortata da documentazione ad atti. Infatti, i primi documenti contenuti nell'incarto, che fanno stato di generici problemi di salute, risalgono al 16 giugno 2003 (doc. 18) e l'essenziale della documentazione medica si riferisce al periodo posteriore al marzo 2008 (doc. 19 e seguenti). L'interessato non è al beneficio di una pensione d'invalidità delle patrie assicurazioni sociali (doc. 16, lettera F) e beneficia del riconoscimento dell'invalidità civile ma solo dal settembre 2002. Parimenti, nell'anamnesi riportata nelle perizie mediche particolareggiate del 16 settembre 2008 e 8 aprile 2010 (doc. 28 e 50) le patologie si riferiscono nel tempo più lontano a una banale ernia del 2000 e poi all'infarto del settembre 2000. In queste circostanze, non si può ritenere che l'interessato abbia interrotto la sua attività lavorativa nel 1992 per problemi di salute. Inoltre, A. _____ è stato espressamente invitato dall'UAIE a indicare cosa avesse fatto dalla fine del 1992 in poi e quali fossero i suoi mezzi di sostentamento (cfr. lettera dell'UAIE del 7 dicembre 2009, doc. 15). Egli non ha fornito alcuna risposta in merito. Significativa è poi anche la circostanza che A. _____ ha presentato la domanda di prestazioni AI solo a metà del 2008. L'invalidità nella fattispecie deve quindi essere esaminata secondo il metodo specifico.

E. 8.4

In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2).

E. 8.5

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

Dalla documentazione ad atti si evince che il richiedente è portatore di una cardiopatia ischemica cronica pluri-rivascolarizzata (infarto non Q nel 2000 ed episodio di dolore toracico atipico il 30 marzo 2008) per vie percutanee, vasculopatia ATS generalizzata in anamnesi di PTCA femorale sinistro, BPCO e roncopia cronica in sindrome delle apnee notturne, obesità, diabete II, ipertensione, gonartrosi, lombodiscoartrosi con impaccio deambulatorio.

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 di attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

E. 10.1

Per quanto attiene alle conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, i medici dell'INPS pongono un tasso d'invalidità superiore al 70%. Dal canto loro, i Dott.ri Baehler e Lehmann dell'UAIE ritengono che, a parte i lavori pesanti, l'assicurato è abile a svolgere tutti i lavori che sono assegnati ad una persona con compiti domestici o con un'attività consueta non retribuita non pesante.

E. 10.2

A._____ soffre di una patologia cardiaca di media entità. All'esame ecocardiografico del 16 luglio 2008 e coronarografico del 2 aprile precedente si presenta un paziente con ventricolo sinistro non dilatato, ipocinetico nella parete laterale del segmento basale medio con una frazione di eiezione conservata. Le conclusioni della coronarografia in particolare (eseguita 3 giorni dopo l'episodio di costrizione toracica) rilevano una patologia ateromasica con interessamento periferico con sola patologia alla prima coronaria sinistra circonflessa con una stenosi del 50-70% ed un'occlusione della seconda marginale. Per il resto l'esito è nei limiti della norma. La patologia cardiaca comporta l'esclusione di attività pesanti e medio pesanti, ma non leggere. Anche la sindrome della apnee notturne richiede l'ausilio di un apposito apparecchio respiratorio notturno (C-PAP) che permette di ridurre notevolmente la roncopia e di non più soffrire di sonnolenza diurna.

E. 10.3

Per il resto, l'interessato soffre di una marcata gonatrosi bilaterale (cfr. anche referto RMN 21 gennaio 2011 esibito in sede di replica) peggiorata dal suo sovrappeso. Anche in questo caso, la patologia in atto provoca dolori e limitazioni funzionali: le ginocchia sono scroscianti, la mobilità è limitata e l'andatura è incerta. Questa situazione comporta per l'assicurato difficoltà nell'ambito di compiti che richiedano spostamenti frequenti e flessioni. Il nominato soffre anche di un diabete, turba pure legata al sovrappeso, ma per quel che risulta dagli atti ben controllata da terapia farmacologica. Non sussistono patologie di origine diabetica conseguenti (nefrite, retinopatia, neuropatia diabetica, necrosi delle

estremità, ecc.).

E. 11.1

La valutazione del lavoro domestico si basa sulle indicazioni del richiedente stesso, le quali sono controllate in una certa misura dall'amministrazione. Il risultato è necessariamente una valutazione esaminata dall'UAIE (o dal giudice in caso di ricorso) alla luce delle perizie mediche ad atti. Il controllo giudiziario richiede che ogni punto della valutazione sia stato determinato con cura e precisione. Il risultato in percentuale che si ottiene non può essere arrotondato (DTF 127 V 129 consid. 5; VSI 2001 p. 265).

E. 11.2

Nella fattispecie, l'interessato ha compilato l'apposito formulario e riferito di non essere in grado di svolgere praticamente nessuna mansione domestica. Analizzando la situazione medica con le incombenze domestiche (famiglia di 3 persone in tutto in una casa di 4 vani), si giunge tuttavia a ritenere che l'interessato, alla luce delle patologie presenti, potrebbe incontrare delle difficoltà solo nell'ambito dei compiti più pesanti (come le grandi pulizie), mentre in compiti più leggeri la sua capacità resta quasi intatta (condotta dell'economia domestica, preparazione dei pasti, riordino, ecc.). Nel complesso, come stimato dal servizio medico dell'UAIE (doc. 53.1 e 62.1), l'interessato presenta un'incapacità al lavoro nell'ambito della consuete attività domestiche comunque inferiore al 40%, ciò che esclude la possibilità di aver diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Va aggiunto che un'eventuale incapacità di svolgere attività nel tempo libero, attività che non rientrano nel campo di applicazione dell'art. 27 OAI e che non possono essere prese in considerazione nell'ambito del metodo specifico (cfr. consid. 8.2), non giustifica il riconoscimento di un'invalidità. Infatti, in questo caso l'interessato - che verosimilmente consacra solo una parte del suo tempo alle attività domestiche - in seguito alla sua invalidità non subirebbe alcuno scapito economico.

E. 12

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

E. 13.1

A titolo di spese processuali si prelevano Fr. 400.-, che vengono compensate con l'anticipo di uguale importo versato dal ricorrente il 21 marzo 2011.

E. 13.2

Visto l'esito del ricorso, non si assegnano indennità per spese ripetibili alla parte soccombente. Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

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