

# **BVGer C-7219/2007 vom 20. Juni 2007**

Bundesverwaltungsgericht, 2007-06-20, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-7219\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7219_2007)

FR: TAF C-7219/2007 du 20 juin 2007

IT: TAF C-7219/2007 del 20 giugno 2007

## **Regeste**

Assicurazione per l'invalidità (altro)

## **Erwägungen**

### **E. 1**

In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 [LTAF, RS 173.32]), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 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 sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

### **E. 2.1**

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). Trattasi 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 del Regolamento CEE n° 1408/71).

### **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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). 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. 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. 3.1**

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 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (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. 3.2**

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. 3.3**

Il ricorso è inoltre tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

### **E. 4**

Ai fini del presente giudizio occorre preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto procedurale, che, secondo la giurisprudenza, non è ammissibile rendere una decisione su opposizione di natura cassatoria, nel senso che si limiti ad annullare la decisione precedente in seguito alla necessità di dover procedere ad un'istruttoria complementare. Dopo aver completato l'incarto, infatti, l'amministrazione deve riformare la decisione iniziale con una decisione su opposizione ponendo fine alla procedura di prima istanza (ATF 131 V 407).

### **E. 5**

Ai fini del presente giudizio occorre preliminarmente precisare altresì, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, non trovano applicazione le modifiche della LAI del 6 ottobre 2006 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5a revisione della LAI). Di seguito vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

### **E. 6**

La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 19 ottobre 2004. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI 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 la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 19 ottobre 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 20 giugno 2007, data della decisione impugnata. 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 130 V 445 consid.

1.2 e 1.2.1).

#### **E. 7**

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino spagnolo deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (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, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

#### **E. 8**

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. 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). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter 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. 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). 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. Ora, 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, 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, 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. 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.

### **E. 9**

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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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). 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). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

### **E. 10.1**

Nel caso di specie la diagnosi è condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in merito. L'assicurata risulta essere affetta da "disturbo misto ansioso-depressivo, polidiscopatia lombare, lombalgia cronica, atrofi delle mani e fibromialgia" (moduli E 213 del 20 settembre 2004 e del 14 novembre 2006; rapporti medici della Dott.ssa L. \_\_\_\_\_ del 25 maggio 2005, del 6 marzo 2006 e del 14 gennaio 2007; certificati medici del 26 febbraio e del 10 marzo 2004, del 3 marzo 2005, del 23 agosto e del 10 ottobre 2006). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi.

### **E. 10.2**

Tali affezioni debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. 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 può 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. 10.3**

Secondo una giurisprudenza recente del Tribunale federale, la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di

valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati grazie a sforzi personali ragionevolmente esigibili. Come in tema di disturbi da dolore somatoforme, si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso da più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi (DTF 132 V 65 consid. 4.1 e riferimenti ivi citati).

#### **E. 11.1**

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle affezioni menzionate al considerando 10.1, il sanitario medico dell'INSS, nel suo rapporto del 20 settembre 2004, dopo aver precisato che l'assicurata è in grado di effettuare l'ultimo lavoro svolto nella misura del 20% come pure un'attività lavorativa adeguata (ad es. cucitrice oppure addetta alla reception) nella misura del 50%, ha posto un tasso di invalidità totale per l'ultimo lavoro svolto (doc. 17). Nel successivo modello E 213 del 14 novembre 2006 il sanitario incaricato dell'INSS, ha precisato che l'assicurata non è in grado di svolgere l'ultimo lavoro svolto (lavoratrice in proprio in un'azienda agricola insieme al coniuge) ma può esercitare un'attività lavorativa adeguata nella misura del 50% (doc. 33). Dal canto suo il medico dell'amministrazione, nel suo rapporto del 25 maggio 2005, ha fissato a partire dal 3 dicembre 2003 un tasso d'incapacità di lavoro parziale del 50% dell'assicurata nella sua attività precedente (lavoratrice in proprio in un'azienda agricola insieme al coniuge) ma l'ha nel contempo considerata abile all'80% in attività lucrative sostitutive fisicamente meno impegnative (quali, ad esempio, custode di un immobile, sorvegliante di cantiere, cassiera, addetta alla distribuzione della posta interna, addetta all'accoglienza o alla reception, telefonista: doc. 19-20). Tuttavia, dopo che l'istruttoria è stata debitamente completata, il medico dell'amministrazione, nel suo rapporto del 14 gennaio 2007, è giunto alla conclusione che l'assicurata presenta un'incapacità lavorativa nella misura del 50% in qualsiasi attività lavorativa a decorrere dal 3 dicembre 2003 (doc. 36).

#### **E. 11.2**

Ora, dalla documentazione agli atti, si evince che l'assicurata è affetta da disturbo misto ansioso-depressivo trattato farmacologicamente con antidepressivi e ansiolitici da svariati anni. Benché questa affezione non sia eccessivamente grave, è tuttavia cronicizzata e questo elemento è determinante per la valutazione della capacità lavorativa. Dal punto di vista neurologico, la ricorrente presenta una fibromialgia, discopatie senza incidenza neurologica ed un'artrosi della dita, affezioni che giustificano un'incapacità lavorativa del 50%. Per tener conto dell'influsso della vulnerabilità psichica che presenta un'evoluzione fluttuante,

bisogna ammettere che, anche nelle attività di sostituzione, la capacità di lavoro dell'assicurata è limitata nella misura del 50%. In effetti, il quadro clinico psichiatrico è presente sin già dal 1996 ed ha quindi sicuramente avuto un influsso significativo sulla somatizzazione dei disturbi causati dalla fibromialgia.

### **E. 11.3**

Stante quanto precede il collegio giudicante ritiene che il parere dei medici che si sono espressi in merito alla diagnosi ed al tasso d'incapacità lavorativa della ricorrente, fondato su un'analisi approfondita del suo stato di salute, è pressochè unanime e può quindi concludere che il grado di inabilità lavorativa dell'assicurata in qualsiasi attività lavorativa (e, quindi, anche nella sua precedente attività di lavoratrice in proprio in un'azienda agricola insieme al coniuge) è del 50% dal 3 dicembre 2003. Visto che l'interessata può riprendere almeno parzialmente la sua professione precedente, non è necessario, nella specie, procedere ad un raffronto dei redditi. Il Tribunale federale ha infatti ritenuto che nei casi in cui i redditi da comparare non sono determinabili con esattezza, specie trattandosi di agricoltori, la fissazione del grado d'invalidità può essere effettuata senza procedere ad una valutazione concreta dei redditi da raffrontare. Il reddito ipotetico che l'assicurato realizzerebbe senza invalidità corrisponde ad un tasso del 100%, il reddito realizzabile da invalido corrisponde ad un tasso inferiore, fissato tenendo conto, in particolare, delle constatazioni mediche e di altre circostanze determinanti (DTF 114 V 310 consid. 3a, 104 V 135 consid. 2b e c: Prozent-Vergleich, 97 V 56). E` inoltre ancora opportuno aggiungere che a giusta ragione l'amministrazione non ha adottato il metodo specifico di valutazione dell'invalidità riservato alle persone che non esercitano un'attività lucrativa, in particolare le casalinghe, in quanto la ricorrente ha sempre affermato di aver svolto a tempo pieno l'attività nell'azienda agricola (10 ore al giorno). Nella specie, il grado di invalidità corrisponde all'incapacità di lavoro nell'ultima attività svolta. Pertanto, tenuto conto del termine di attesa di un anno (cfr. consid. 10.2), A.\_\_\_\_\_ ha diritto a mezza rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 3 dicembre 2004. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

### **E. 12**

Con scritto del 13 febbraio 2008 A.\_\_\_\_\_ ha sostanzialmente formulato una domanda di esenzione dal pagamento delle spese processuali inerenti alla presente procedura. Giusta l'art. 65 cpv. 1 PA se una parte non dispone dei mezzi necessari e le sue conclusioni non sembrano prive di probabilità di successo, l'autorità di ricorso, il suo presidente o il giudice dell'istruzione la dispensa, a domanda, dopo il deposito del ricorso, dal pagamento delle spese processuali. Secondo la giurisprudenza consolidata, i presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono di massima adempiuti se il richiedente si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, sentenza della II Corte di diritto pubblico del Tribunale federale I 134/06 del 7 maggio 2007). A tal proposito si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275 e DTF 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; DTF 124

I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b). Lo scrivente Tribunale, chiamato ora a pronunciarsi, ritiene che dalla documentazione agli atti risulta in effetti comprovata la situazione d'indigenza del ricorrente (cfr. dichiarazioni dei redditi: doc. 8-10) ed il gravame non appariva di primo acchito sprovvisto di possibilità di esito favorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a; 372 consid. 5b), motivi per cui la ricorrente è ammessa al beneficio dell'assistenza giudiziaria e, pertanto, non vengono prelevate spese processuali.

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