

BVGer C-7966/2008 vom 19. Januar 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-01-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7966_2008

FR: TAF C-7966/2008 du 19 janvier 2010

IT: TAF C-7966/2008 del 19 gennaio 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). La ricorrente ha versato un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. 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).

E. 5

Qualora una prima o più richieste di rendita siano state negate 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 (DTF 109 V 114 consid. 2a). 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 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPG, art. 87 segg. OAI, *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198). In concreto, l'UAIE ha emanato una seconda decisione (su opposizione) negativa il 3 ottobre 2007. Con decisione del 3 novembre 2008 ha in seguito respinto una terza domanda di rendita presentata il 21 febbraio 2008. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato dal 3 ottobre 2007 al 3 novembre 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 almeno tre anni (art. 36 LAI). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71). Nella specie, la ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, l'interessata 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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

E. 7.3

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; c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 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 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 obbiettivamente superabile.

E. 7.5

Per gli art. 5 LAI ed 8 cpv. 3 LPGA gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica 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. 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. 8.1

Dopo il rimpatrio, l'interessata non ha più svolto attività lucrativa e si è dedicata ai lavori della propria economia domestica, composta da due persone in una casa di 5 locali.

E. 8.2

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 p. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

E. 9.1

Nel caso in esame, in sede d'istruttoria, è stata evidenziata la diagnosi di spondiloartrosi con osteoporosi e cedimento somatico di L2 in soggetto con iniziale artrite reumatoide e reumatismo fibromialgico con attuale impegno funzionale medio, sindrome vertiginosa in anacusia destra ed iporeflettività vestibolare omolaterale, sindrome ansio-depressiva, lieve ipertensione, episodi di tachicardia parossistica sopraventricolare (cfr. perizia medica particolareggiata, E 213, del 17 aprile 2008, doc. 110). La documentazione medica esibita in sede di audizione o di ricorso non pone in evidenza ulteriori patologie di rilievo, se non un aggravamento della malattia psichica (stato ansioso-depressivo di entità severa reattiva, doc. 123).

E. 9.2

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 75% ed annota che la paziente sarebbe peggiorata rispetto ad una precedente visita presso tale Istituto. Egli ritiene la paziente non abile al lavoro (E 213 cifra 9). Dal canto suo, il Dott. Battaglia, dell'UAIE, conferma un tasso

d'invalidità nell'ambito dei lavori casalinghi del 33%, percentuale già determinata nel corso della seconda domanda di rendita (doc. 59.1).

E. 10.1

Il servizio medico dell'UAIE ritiene che non sussista incapacità al lavoro di livello invalidante, dal momento che non si potrebbe evidenziare nessun cambiamento di rilievo rispetto alla situazione precedente. Ora, già dal punto di vista diagnostico, sussistono diversi elementi che lasciano supporre un peggioramento della situazione valetudiarica. Dapprima una chiara diagnosi di spondiloartrosi con osteoporosi e cedimento somatico in L2 e l'artrite reumatoide. L'aggravamento del processo patologico in atto è documentato, nella nuova domanda di rendita, da una serie di ricoveri ospedalieri e/o in pronto soccorso. Gli anni 2007 e 2008 sono caratterizzati da continue necessità di urgenze mediche per vertigini, cardiopalmi, dolori epigastrici, tachicardia parossistica, sensazioni di vomito (cfr. i diversi verbali di pronto soccorso e le cartelle cliniche).

E. 10.2

L'insorgente presenta una sindrome polialgica definita come reumatismo fibromialgico. Queste turbe devono essere inquadrare, con molta probabilità, in una sindrome da dolore somatoforme, patologia che veniva già denunciata nel corso delle precedenti domande di rendite e che non è mai stata approfondita. Questa affezione è accompagnata da una non meglio investigata sindrome depressiva probabilmente di tipo "maggiore" che, se confermata, potrebbe assumere un carattere nettamente invalidante anche nell'ambito delle mansioni di un'economia domestica.

E. 10.3

È opportuno precisare che tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 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 Schaffhauser/Schlauri, *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo, 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 132 V 65 consid. 4.3 con i rif.).

E. 10.4

Ora, in presenza di questo tipo di diagnosi (fibromialgie, sindrome da dolore somatoforme), non solo è necessaria un'accurata indagine specialistica in reumatologia che faccia chiarezza sui danni oggettivati, segnatamente da radiografie, risonanze magnetiche, tomografie assiali computerizzate ed altre indagini specifiche test reumatologici, ecc. e quelli invece che non trovano riscontro strumentale-analitico oggettivo, ma pure è indispensabile un'analisi di tipo psichiatrico (DTF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2).

E. 10.5

Nel caso in esame, questi accertamenti non sono stati effettuati. Certo, l'incarto contiene dei certificati psichiatrici (doc. 109, 123), ma questi sono estremamente succinti. Di regola, un rapporto psichiatrico, per avere valore probante, deve contenere l'anamnesi, l'evoluzione

della malattia, lo stato attuale, la diagnosi, la prognosi, la durata ed il tipo di trattamento (con il dosaggio), la frequenza delle sedute specialistiche. In modo specifico, il rapporto stesso dovrebbe fornire delle indicazioni sullo stato psichico (aspetto, atteggiamento, orientamento spazio-temporale, conservazione della memoria, capacità di concentrazione, facoltà di comprensione, d'interpretazione e di percezione), nonché tutti quei riscontri che permettono di individuare elementi di carattere patologico ed eventuali test psichiatrici. Manca inoltre un rapporto d'esame ortopedico/reumatologico dettagliato. La descrizione di cui al punto 4.8 dell'E 213 è succinta e poco significativa e non entra nel merito dell'artrite reumatoide. Comunque, già da tale rapporto si evince un quadro limitativo assai pronunciato: il rachide è spinalgico in toto, vi sono contratture muscolari, dolore alle scapolo-omerale e altri sindromi algiche.

E. 10.6

Può ancora essere osservato che la valutazione del lavoro domestico si basa sulle indicazioni della richiedente stessa, 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, in particolare, delle perizie mediche ad atti. Il controllo 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 130 V 97). Tuttavia, secondo il Tribunale federale, qualora l'invalidità sia riconducibile a disturbi di ordine psichico, l'indagine economica prevista per le casalinghe non rappresenta un mezzo di prova adeguato; in tali casi, ci si deve fondare sulle constatazioni medico-teoriche allo scopo di valutare in quale misura la persona assicurata è impedita nel compimento dei lavori domestici (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3).

E. 11.1

Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di lavoro subita dall'interessata e da quando questa invalidità esisterebbe. In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incarto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere.

E. 11.2

L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica dal 3 ottobre 2007 (data dell'ultima decisione cresciuta in giudicato) fino alla data dell'impugnata decisione (3 novembre 2008). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine la ricorrente dovrà essere sottoposta ad accertamenti approfonditi in reumatologia ed in psichiatria. Si richiederà inoltre un E 213 aggiornato e, in base a questo, si chiederanno eventuali altri accertamenti. L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE, il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro fra l'ottobre 2007 ed il 3 novembre 2008 in merito alla sua capacità di attendere alle usuali incombenze domestiche.

E. 12.1

Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo di Fr. 300.- versato dall'insorgente il 24 aprile 2009 le viene restituito.

E. 12.2

In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, vista la breve memoria di ricorso ed il fatto che la causa non pone particolari difficoltà, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'200.-, da porre a carico dell'UAIE.

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