



Corte III
C-6481/2009
{T 0/2}

Sentenza del 28 luglio 2010

Composizione

Giudice unico: Francesco Parrino;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avv. Valentina Errico, via F. Petrarca 27,
IT-73100 Lecce,
ricorrente,

contro

Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero UAIE,
avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione del
23 settembre 2009).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il _____, coniugata, ha lavorato in Svizzera dal 1968 al 1982, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tale periodo (doc. 6). Dopo il rimpatrio, ha ancora lavorato, segnatamente dal 2001 al marzo 2004 nel settore tessile, con suo ultimo giorno di attività il 23 aprile 2003 (doc. 10, 11, 42). Ha smesso di lavorare, afferma l'interessata, per ragioni di salute. In data 14 maggio 2004, la nominata ha formulato una prima domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 4). L'indagine medica relativa a questo caso aveva posto in evidenza che la richiedente era portatrice di un'ipoacusia mista a sinistra, esiti di interventi di neurolisi mediano al carpo bilateralmente con modesta riduzione della forza prensile a destra, esiti di frattura sottocapitata femore sinistro trattata chirurgicamente, spondiloartrosi a lieve incidenza funzionale, esiti di emitiroidectomia per nodulo tiroideo infiltrante (cfr. la perizia medica particolareggiata del 6 ottobre 2004, doc. 22). Mediante decisione del 12 maggio 2005, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAI; ora Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, UAIE) ha respinto tale richiesta (doc. 25). Questo provvedimento è stato confermato con decisione su opposizione del 7 ottobre 2005 (doc. 30) e con giudizio del 4 agosto 2006 della Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (doc. 33).

B.

In data 17 febbraio 2009, A._____ ha presentato una nuova domanda di prestazioni AI (doc. 38).

La richiedente è stata visitata il 31 marzo 2009 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano, ove il medico incaricato ha evidenziato la diagnosi di poliartrosi con discopatia ed osteoporosi in esiti di pregressa frattura sottocapitata del femore (1995) e neurolisi del mediano bilaterale con attuale modesto impegno funzionale globale, esiti di pregressa tiroidectomia parziale (1993) in riferita terapia sostitutiva ormonale, lieve stato ansioso depressivo reattivo, lieve ipertensione arteriosa ed ha posto un tasso d'invalidità del 45% (doc. 85). Sono stati esibiti documenti oggettivi,

segnatamente (quelli successivi alla data della prima decisione cresciuta in giudicato):

- un certificato medico del 2 febbraio 2009 a cura del Dott. Riso, nel quale si fa cenno, oltre alla diagnosi menzionata, anche a problemi del tunnel carpale bilateralmente (doc. 72);

- un referto radiografico del rachide in toto del 29 settembre 2004 (doc. 73);

- un attestato del Dipartimento di salute mentale di Maglie del 9 dicembre 2004 ove si annota un disturbo distimico cronico, e documenti riguardanti la terapia in corso (doc. 74-77);

- un'elettromiografia (neurografia sensitiva) degli arti superiori del 23 maggio 2006 i cui risultati consistono in una sofferenza del mediano al tunnel carpale destro (doc. 78);

- un referto d'esame ortopedico dell'8 giugno 2006 (doc. 79);

- un rapporto d'esame audiologico del 4 gennaio 2007 (doc. 80);

- un altro certificato psichiatrico del 25 marzo 2007 con indicata la terapia in corso (doc. 81, 82, 83) ed un terzo breve referto psichiatrico del 22 gennaio 2009 attestante una distimia cronica in trattamento con psicofarmaci ma senza apprezzabili risultati (doc. 84);

- esami ematochimici del 9 marzo 2009 (doc. 86, 87);

- i risultati di un esame gastroendoscopico a seguito di un'ernia iatale da scivolamento (doc. 88).

Nel formulario per l'assicurato, l'interessata ha affermato di non aver più svolto attività lucrativa (di operaia addetta allo stiro in calzificio) dopo il dicembre 2003 per tendinite e "tunnel carpale" (doc. 42). Nel questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica, l'assicurata ha affermato di non essere più in grado di compiere praticamente nessuno dei lavori di casa (doc. 41).

C.

L'incarto è stato sottoposto in esame al Dott. Kristol, dell'UAIE, il quale, nella sua relazione del 11 agosto 2008, ha affermato che

l'assicurata non presenta alcuna invalidità, né nell'ambito del suo precedente lavoro, né come casalinga (doc. 91).

Un progetto di decisione datato 18 agosto 2009 comportante il diniego di prestazioni assicurative è stato inviato al Patronato ENCAL di Patù, rappresentante di A._____ (doc. 92). Con scritto del 1° settembre 2009, detto Patronato ha ribadito la richiesta di prestazioni per la propria assistita (doc. 93). Nulla ha prodotto a suffragio delle sue conclusioni.

In data 23 settembre 2009, l'UAIE ha emanato una decisione conformemente al progetto (doc. 94).

D.

Con il ricorso depositato il 10 ottobre 2009, A._____, regolarmente rappresentata dall'avv. Errico, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni esibisce diversa documentazione già ad atti. Quale novità produce esami ematochimici dell'11 giugno 2009, i risultati di un'ecografia dell'addome superiore del 27 maggio 2009 (con altri referti endogastrologici).

E.

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. Lehmann, del proprio servizio medico, il quale, nella relazione del 15 dicembre 2009, ha affermato che la documentazione esibita con il ricorso non attesta alcuna invalidità di rilievo, ma si tratta di comuni esami sanitari. Nelle sue osservazioni ricorsuali del 5 gennaio 2009, l'UAIE propone la rielezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

F.

Con ordinanza dell'8 gennaio 2010, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha invitato la parte ricorrente a volersi esprimere in merito alle osservazioni dell'amministrazione, ed altra documentazione di rilievo, entro 30 giorni dal ricevimento dell'ordinanza stessa. L'interpellata non ha tuttavia esercitato il suo diritto di replica.

Con decisione incidentale del 26 febbraio 2010, il TAF ha invitato l'insorgente a versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle

presunte spese processuali. Detta somma è stata regolarmente versata il 22 marzo 2010.

Diritto:

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).

2.

2.1 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} 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-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

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.

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.

3.

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).

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).

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.

4.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5^a revisione), ritenuto 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).

5.

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.

6.

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 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 LPGA, art. 87 segg. OAI, Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

In concreto, l'UAI ha emanato una prima decisione su opposizione negativa il 7 ottobre 2005. Il ricorso contro questo provvedimento amministrativo è stato respinto (cfr. sentenza della CFR AVS/AI del 4 agosto 2006, doc. 33). Con decisione del 23 settembre 2009 (qui impugnata) l'UAIE ha in seguito respinto una seconda domanda di rendita presentata 17 febbraio 2009. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità può essere limitato dal 7 ottobre 2005 al 23 settembre 2009.

7.

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.

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.

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).

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.

8.

L'interessata non ha più lavorato dopo l'aprile (o dicembre) 2003 per ragioni che la stessa imputa alle sue condizioni di salute (doc. 10, 11, 42).

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. 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).

In carenza di documentazione economica, 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). 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).

9.

Nel caso in esame, in sede d'istruttoria, è stata evidenziata la diagnosi di poliartrosi con discopatia ed osteoporosi in esiti di remota frattura sottocapitata del femore a sinistra (1995), neurolisi del mediano bilaterale (2002) con modesto impegno funzionale, esiti di remota tiroidectomia parziale (1993) in trattamento sostitutivo ormonale, lieve stato d'ansia, lieve ipertensione arteriosa, ipoacusia. La documentazione esibita con il ricorso non attesta ulteriori patologie.

10.

10.1 Non concordi sono i pareri circa le ripercussioni invalidanti delle menzionate affezioni. In effetti, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 45% pur precisando che l'assicurata potrebbe svolgere il suo precedente lavoro in misura di 5 ore giornaliere e che sarebbe in grado di svolgerne un altro (adatto alle sue condizioni) per 5-6 ore. Dal canto loro, i Dott.ri Kristol e Lehmann, dell'UAIE, negano il requisito dell'invalidità attingente il livello pensionabile.

10.2 Ora, la patologia principale che affligge l'assicurata è di tipo ortopedico. Tuttavia, lo stato di salute all'esame di questa vertenza è sovrapponibile a quello presente nel corso della prima domanda di rendita. All'esame ortopedico (cfr. doc. 79 e doc. 85 cifra 4.8) si osserva un rachide riferito dolente, non contratto, con motilità limitata solo ai gradi estremi; per gli arti superiori si osserva una dolenzia a livello dei polsi, bilateralmente, con funzione prensile nei limiti della norma e forza prensile lievemente ridotta; agli arti inferiori si nota un dolore alla coxo-femorale sinistra (arto osteosintetizzato) con mobilità lievemente ridotta. L'andatura è normale, il portamento eretto. Nulla da rilevare all'esame neurologico a parte delle lievi oscillazioni agli arti superiori, mentre forza e toni muscolari sono nella norma. Pertanto, gli esiti sia dell'operazione all'anca sinistra che quelli da imputare alla sindrome del tunnel carpale sono praticamente poco rilevabili e, in ogni caso, non causano alcuna invalidità di rilievo. Vero è che l'esame neurofisiopatologico del 23 maggio 2006 (doc. 78) ha mostrato una positività per una sofferenza del nervo mediano al tunnel del carpo

destro, ma ciò non si tramuta in una limitazione funzionale dello stesso arto.

A._____ soffre, per il resto, di esiti di un'antica tiroidectomia parziale ben controllata da terapia sostitutiva, una ipoacusia priva di ripercussioni invalidanti in ambito lavorativo e di una sindrome ansiosa controllata da terapia in corso con semplici benzodiazepine e antidepressivi a dosi non importanti.

Per il resto, l'assicurata si presenta in buone condizioni generali di salute, ogni altro organo od apparato essendo indenne da patologie.

10.3 Da quanto precede, ne consegue che l'interessata avrebbe potuto riprendere il suo precedente lavoro di operaia in un'industria di produttrice di calze. Se il compito specifico di stiratrice potrebbe a volte presentare delle oggettive difficoltà alla luce delle patologie già riscontrate che la limitano parzialmente ed in modo modesto agli arti superiori, nell'ambito lavorativo da lei conosciuto (tessile, confezioni) ci sarebbero sicuramente altri compiti a lei proponibili. Sebbene forse il suo impegno lavorativo non potrebbe sempre raggiungere il 100%, la sua incapacità al lavoro non raggiungerebbe comunque il minimo legale del 40% per aver diritto a prestazioni da parte dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

11.

11.1 In queste circostanze, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata. Il ricorso in esame, manifestamente infondato, può essere risolto da un giudice unico in applicazione dell'art. 69 cpv. 2 LAI.

11.2 Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono poste a carico della ricorrente e vengono compensate con l'anticipo versato.

11.3 Visto l'esito del ricorso non si assegnano indennità per le 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 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di Fr. 300.-, sono poste a carico della ricorrente. Esse sono computate con l'anticipo spese di Fr. 300.-.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

Il giudice unico:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: