

BVGer C-1338/2010 vom 11. März 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-03-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1338_2010

FR: TAF C-1338/2010 du 11 mars 2011

IT: TAF C-1338/2010 del 11 marzo 2011

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). L'interessata ha versato l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali, entro il termine impartito. 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'ALCP 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. 4.1

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 (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 130 445 consid. 1.2).

E. 4.2

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 1° febbraio 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 130 V citata). Il giudice delle assicurazioni sociali può tuttavia tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138, vedi anche 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a).

E. 5.1

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. 5.2

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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

E. 5.3

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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

E. 5.4

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.

E. 6.1

Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario di una rendita d'invalidità subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]).

E. 6.2

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI).

E. 6.3

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). Va ancora rilevato che la semplice valutazione diversa di circostanze di fatto che sono rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 LPG (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non deve costituire una base legale che possa giustificare un riesame senza condizioni del diritto alla rendita (cfr. anche: Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrenrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, p. 15).

E. 6.4

La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI).

E. 7

Il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera da influire sul diritto a prestazioni è costituito dall'ultima decisione che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V 108 consid. 5.4). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è pertanto quello intercorrente fra la decisione del 16 novembre 2007, con la quale l'Ufficio AI ha erogato in favore dell'assicurata una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° giugno 2007 e il 1° febbraio 2010, data della decisione impugnata.

E. 8

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPG è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPG, applicabile per il rinvio dell'art. art. 28a cpv. 1, 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). 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. 9.1

Quando venne riconosciuta la rendita intera AI dal punto di vista medico risultava che l'assicurata soffriva di discopatie lombari da L2 a S1, sofferenza del plesso lombosacrale con neurolisi (giugno 2007), ernia discale L4-L5 a sinistra e discectomia L4-L5 nel giugno 2007, alterazioni degenerative della colonna cervicale da discectomia C5-C6 nel luglio 2006, disturbi statici del rachide, periartropatia scapolo-omerale a sinistra operata con acromioplastica-borsectomia e riparazione del cuffia dei rotatori nel marzo 2006, sindrome somatoforme del dolore e fibromi algia generalizzata, decondizionamento muscolare, osteopenia, obesità marcata (34,6 Kg al mq), ipertensione arteriosa.

E. 9.2

Al momento della revisione, secondo il rapporto del Dott. Posa del SMR (rapporto del 9 gennaio 2009), l'assicurata presenta una lombalgia cronica in stato dopo discectomia L4-L5 a sinistra operata nel giugno 2007, periartropatia scapolo-omerale con parziale anchilosi a sinistra in esiti di acromioplastica, borsectomia e riparazione della cuffia dei rotatori il 9 marzo 2006, cervicalgia cronica in esiti di discectomia C5-C6 operata nel luglio 2006. Non viene fatto cenno, da parte del Dott. Posa, a problemi fibromialgici o sindrome da dolore somatoforme. La perizia psichiatrica ordinata nell'ambito della procedura di revisione (Dott. Prolo, relazione dell'11 gennaio 2010), in sede di audizione, non ha posto in luce patologie di questo tipo. Tuttavia, già il Dott. Brusadelli, specialista in medicina del lavoro, nella sua relazione dell'8 ottobre 2009, attestava una nevrosi depressiva. Tale patologia è confermata nel rapporto 12 febbraio 2011 dal Dott. Biotti, neurologo presso la Clinica privata "LeTerrazze" di Cunardo (VA), il quale insiste sulla necessità urgente di sottoporre la paziente a consulto psichiatrico. Per quanto attiene ancora alla diagnosi somatica va rilevato che la situazione patologica alla spalla sinistra non si è affatto risolta. Il Dott. Ufenast, ortopedico all'OBV di Mendrisio (rapporto del 3 maggio 2010), fa stato di un quadro clinico molto problematico, con chiari segni di impingement sottoacromiale ed altre limitazioni funzionali evidenti. Tale quadro è confermato dal Dott. Taverna (rapporto del 15 luglio 2010), medico all'Ars ortopedica di Gravesano, il quale pure evidenzia una situazione clinica compromessa della spalla sinistra e conferma, sulla base di una RMN del maggio 2010 una rottura del tendine sovra spinato a sinistra. Ambedue gli specialisti propongono un intervento locale di tipo artroscopico che comunque comporterà diversi mesi di immobilizzazione della spalla. A proposito dei rapporti dei Dott. Ufenast del 3 maggio 2010, Taverna del 15 luglio 2010 e Biotti del 12 febbraio 2011, va osservato che non possono essere semplicemente esclusi per il motivo che sono posteriori alla data della decisione impugnata (consid. 4.2). Infatti, questi rapporti, in particolare quello del Dott. Ufenast, permettono di comprendere meglio la patologia di cui è affetta l'interessata e quale evoluzione ha avuto nel corso degli anni.

E. 10.1

Per quanto riguarda le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, i medici del SMR sostengono che la paziente sarebbe ora in grado di svolgere attività di tipo leggero e/o semisentario in misura del 100%. Tuttavia questo tipo di lavoro assortito da una serie di limitazioni e condizioni, quali: non sollevare abitualmente pesi superiori ai 5 kg e quasi mai quelli superiori agli 8 kg, evitare movimenti ripetitivi di flessione, estensione e rotazione sia del collo che della schiena, evitare la posizione statica del braccio sinistro e al disopra del piano orizzontale, evitare l'utilizzo di attrezzi vibranti, limitare la deambulazione su terreni sconnessi, evitare situazioni d'instabilità. Dal canto suo, il Dott. Brusadelli, specialista in medicina del lavoro, è ancora più restrittivo per quel che attiene alle limitazioni funzionali e

pone un tasso d'invalidità, anche in attività di ripiego, del 75% almeno. I Dott.ri Ufenast e Taverna, consultati dall'assicurata soprattutto ai fini terapeutici, non si esprimono sul tasso d'inabilità al lavoro della paziente. Il medico di fiducia dell'interessata, Dott. Masri, ritiene la paziente del tutto invalida ad ogni proficuo lavoro.

E. 10.2

Ora, questo collegio giudicante è del parere che un miglioramento dello stato di salute dell'interessata non può essere escluso a priori ma deve fare l'oggetto di un esame medico complementare. Vero è che al momento in cui venne riconosciuto un tasso d'invalidità del 70% ci si trovava in un ambito di "urgenza sanitaria", circostanza non più presente attualmente o, perlomeno, non ai livelli precedenti. L'assicurata infatti, nel 2006/2007, ha subito alcuni interventi chirurgici. Lo stato invalidante precedente e successivo a tali interventi giustificava senza dubbio il riconoscimento di un'incapacità al lavoro superiore al 70%. Tuttavia, non è stato dimostrato che ora, e così rapidamente, la situazione abbia subito un netto miglioramento. Gli impedimenti funzionali sono pur sempre presenti e la sintomatologia dolorosa e l'impotenza della spalla e braccio di sinistra sembrano anzi aver subito un aggravamento. I rapporti dei Dott.ri Ufenast e Taverna sono inequivocabili in tal senso: la paziente riferisce dolori sia al movimento, sia al riposo, che di notte; vi sono chiari segni di impingement sottoacromiale, l'arco di movimento è limitato prevalentemente alla rotazione interna, dove la mano raggiunge appena la natica ipsilaterale; vi sono chiari segni di astenia/insufficienza del sottoscapolare. La funzionalità generale, che sembra avere comportato un modesto miglioramento a livello della colonna cervicale e dorso lombare, non è invece migliorata a livello dell'arto superiore sinistro. L'assicurata, però, lamenta ancora dolori dorsali e cervicali. Ora, rammentando che la stessa ha subito due interventi chirurgici (cervicale e lombare) bisognerebbe meglio investigare se tali dolori siano da imputare ad un eventuale sindrome post operatoria non ancora ben consolidata e non semplicemente ad una non ben definita fibromialgia. In queste circostanze, anche le attività di ripiego accennate nel rapporto del CIP (rapporto del 13 gennaio 2009 che rinvia a quello del 20 settembre 2007) diventano in realtà improponibili, almeno in parte. In altre parole, dunque, dagli atti, contrariamente a quanto afferma il Dott. Posa, sembra che la situazione clinica è peggiorata a livello della spalla sinistra e sia leggermente migliorata a livello dei problemi neurologici/ortopedici delle colonne cervicale e lombare. Divergente risulta anche essere la valutazione della patologia psichiatrica tra i medici consultati.

E. 10.3

Inoltre, nel caso di specie, qualche perplessità deve essere espressa in merito all'adeguatezza dell'indagine sanitaria svolta dall'Ufficio AI cantonale. Secondo la recente giurisprudenza, la specializzazione del medico gioca un ruolo importante per giudicare l'affidabilità di una perizia (sentenze del Tribunale federale 8C_83/2010 del 22 marzo 2010 consid. 3.1, 9C_28/2010 del 12 marzo 2010 consid. 4.5). Già comunque in precedenza, il TF aveva precisato che la carenza di una specializzazione del medico relatore di una perizia, a seconda delle circostanze, può costituire un fattore d'inattendibilità del rapporto stesso e ciò in relazione alla complessità di una determinata patologia od insieme di affezioni della stessa natura (sentenza del TF 9C_341/2007 del 16 novembre 2007 consid. 4.1, I 211/06 del 22 febbraio 2007 consid. 5.4.1). Parimenti, l'art. 48 OAI, stabilisce che nei servizi medici regionali (SMR) sono rappresentate, in particolare, le discipline di medicina interna e di medicina generale, di ortopedia, di reumatologia, di pediatria e di psichiatria. Ora, il caso in esame meritava di essere approfondito dal punto di vista ortopedico (e neurologico), e non

necessariamente da parte di un medico specialista in medicina interna, qual è il Dott. Posa. Per attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere svolti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie (SVR 2009 IV n. 56 consid. 4.3.1). Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito.

E. 11.1

In esito a queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale modifica dell'incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessata. In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare l'impugnata decisione e rinviare l'incanto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere a tale procedura. Nel caso in esame, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incanto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere.

E. 11.2

L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal 16 giugno 2007 (data dell'ultima decisione cresciuta in giudicato), fino alla data dell'impugnata decisione 1° febbraio 2010). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tal fine la ricorrente dovrà essere sottoposta ad perizie specialistiche in ortopedia, neurologia e psichiatria ad a tutti quegli esami oggettivi che il caso richiede. I sanitari incaricati si pronunceranno in merito all'evoluzione dell'incapacità di lavoro fra il giugno 2007 ed il 1° febbraio 2010, data della decisione impugnata, nonché in merito all'attività professionale che la ricorrente avrebbe potuto espletare nel periodo suddetto. Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

E. 12.1

Visto l'esito della procedura, che vede l'insorgente vincente, non sono prelevate spese processuali (art. 63 cpv. 1 e 3 PA). L'anticipo delle presunte spese processuali di Fr. 300.-, fornito dalla ricorrente il 15 settembre 2010, le viene restituito.

E. 12.2

Conformemente 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 memoria ricorsuale e di replica, nonché la documentazione esibita, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità a titolo di spese ripetibili di Fr. 700.-, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.