

BVGer C-1860/2013 vom 27. Januar 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-01-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1860_2013

FR: TAF C-1860/2013 du 27 janvier 2015

IT: TAF C-1860/2013 del 27 gennaio 2015

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 2.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

E. 2.2

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

E. 2.3

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) 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, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

E. 2.4

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate

dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e DTF 130 V 445 consid. 1.2). La domanda di rendita AI è stata presentata l'8 ottobre 2012, mentre 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 capoverso 1 LPGA. Al caso in esame si applicano pertanto le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

E. 4.1

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 4.2

Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la nuova domanda di rendita il 18 aprile 2012 (doc. 67, 68). Il periodo di cognizione giudiziario del Tribunale amministrativo federale si estende fino al 27 febbraio 2013, data dell'impugnata decisione (si confronti pure DTF 130 V 64 per quanto attiene alle decisioni di non entrata nel merito di una nuova domanda di rendita).

E. 5

Giova peraltro rilevare che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per ben oltre tre anni (cfr. estratto del conto individuale della Cassa svizzera di compensazione [doc. 83]) e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione riferita alle norme entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (art. 36 cpv. 1 LAI).

E. 6.1

L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la 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. 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).

E. 6.2

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

E. 6.3

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

E. 6.4

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGGA, 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 (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; metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 6.5

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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. 7

Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, 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. 3 e 4 OAI [RS 831.201]). Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione al momento della nuova decisione (in concreto al 27 febbraio 2013) con quella esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita (nel caso di specie la decisione del 22 giugno 2009, doc. 19) dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e determinazione del grado d'invalidità (DTF 130 V 108 e 130 V 71 consid. 3.2.3). La verosimiglianza richiesta dall'art. 87 cpv. 3 OAI non è la verosimiglianza preponderante altrimenti valida nel diritto delle assicurazioni sociali. Il grado della prova dell'art. 87 cpv. 3 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso di una prova piena, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno certi indizi a favore della circostanza invocata, fermo restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame successivo (cfr. sentenza del TF 9C_68/2007 del 19 ottobre 2007 consid. 4.4 con riferimenti). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione

comincerà con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non dovesse essere il caso, potrà di principio liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata nel merito. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, l'amministrazione dispone di un certo potere d'apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (cfr. sentenza del TF 9C_667/2010 del 28 aprile 2011 consid. 2.1 e 2.2 nonché relativi riferimenti). Peraltro, allorché l'autorità inferiore è entrata nel merito di una domanda di rendita il giudice non ha da esaminare la legittimità di siffatta entrata nel merito (DTF 133 V 108 consid. 5.2 e 109 V 108 consid. 2b).

E. 8

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. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione - ad esempio quale perizia o rapporto - ma il suo contenuto (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4 pag 270; 134 V 232 consid. 5.1 oag. 232 con riferimenti, 125 V 351 consid. 3).

E. 9

Oggetto del contendere è unicamente la questione formale di sapere se a ragione o meno l'amministrazione, con decisione del 27 febbraio 2013, non è entrata nel merito della seconda domanda di rendita presentata dall'assicurato. Nella decisione impugnata l'UAIE, contrariamente a quanto sostenuto nella risposta di causa, non si è infatti pronunciata su un eventuale diritto alla rendita del ricorrente, bensì si è limitata ad affermare che il ricorrente non avrebbe reso plausibile una modifica del suo grado d'invalidità, essendo la situazione rimasta invariata. Il fatto che nella risposta di causa l'amministrazione abbia dichiarato (il 4 giugno 2013, doc. TAF 3, pag. 2 in fine) di essere entrata nel merito è invece irrilevante.

E. 10.1

Nel caso in esame il ricorso va accolto, seppur per motivi diversi da quelli invocati dal ricorrente, che pretende l'assegnazione di una rendita di invalidità. In effetti, nel periodo in esame che va da giugno 2009 al 27 febbraio 2013, l'UAIE avrebbe dovuto concludere come in tutta evidenza l'insorgente aveva reso plausibile, con il grado di prova ridotto richiesto dalla giurisprudenza (cfr. sentenza del TF 9C_683/2014 consid. 3.4.1 e 3.4.2 con relativi riferimenti), un peggioramento del suo stato di salute, così come della capacità lavorativa residua. Dagli atti dell'incarto emerge in particolare che fino al 22 giugno 2009 erano stati diagnosticati, segnatamente cardiopatia ischemica in infarto inferiore trattato con PTCA+stent (maggio 2008) in attuale discreto compenso emodinamico, diabete mellito, artrosi del rachide senza impegno funzionale (cfr. segnatamente la perizia medica particolareggiata dell'INPS di Casarano del 9 settembre 2008, doc. 9). Le diagnosi al momento della resa della decisione impugnata sono invece le seguenti: cardiopatia ischemica da coronaropatia multivasale in esiti di IMA anteriore trattato con PTCA, stent

medicato su IVA, diabete mellito non insulinodipendente, OSAS, spondilodiscoartrosi (cfr. perizia medica particolareggiata del 5 ottobre 2012, doc. 64). Un recente esame cardiologico, eseguito l'8 gennaio 2013, attestava inoltre un episodio di insufficienza ventricolare sinistra (secondo un esame ecocardiografico) e al paziente veniva consigliata una coronarografia (doc. 76). Inoltre, un referto radiografico del 29 settembre 2011 (doc. 30 = doc. 41) poneva in evidenza un sicuro quadro patologico, tanto che la stessa Dott.ssa C._____, dell'UAIE, ha ammesso un'incapacità lavorativa di almeno il 20% in qualsivoglia attività (doc. 73), incapacità non riscontrata nel corso della prima domanda di prestazioni. In più, l'interessato è stato ospedalizzato nel gennaio 2013 per un nuovo impianto PTCA con stent su coronaria destra media e stent su coronaria destra distale al ramo postero-laterale in paziente con sospetto equivalente anginoso (cfr., segnatamente, l'allegato 12 al ricorso, TAF 1). Già in virtù dei menzionati elementi diagnostici, non vi è chi non veda come risulti più che plausibile che lo stato di salute dell'assicurato ha subito peggioramento. La plausibilità di un intervenuto peggioramento dello stato di salute dell'insorgente, giustificante l'entrata nel merito della seconda domanda di rendita, è quindi data alla luce di un insieme di indizi importanti, che avrebbero dovuto indurre l'amministrazione a svolgere una migliore istruttoria. Si può dapprima ricordare il peggioramento del quadro cardiaco che ha richiesto un nuovo intervento, fattore che induce questo collegio giudicante a non condividere il parere della Dott.ssa C._____ secondo cui l'assicurato sarebbe ancora in grado di svolgere all'80% il suo precedente lavoro di commerciante ambulante. Poi il quadro ortopedico/articolare sembra abbia avuto una progressione soprattutto a livello cervicale dorsale e lombare, come del resto viene ammesso dalla stessa Dott.ssa C._____ (doc. 73). Inoltre, lo stesso E 213 attesta un peggioramento del quadro patologico affliggente l'interessato (doc. 64, pag. 7) ed il grado d'invalidità secondo le disposizioni in vigore in Italia viene aumentato al 65% (doc. 64, pag. 8 e doc. 9 precedente perizia medica particolareggiata). Alla luce di quanto appena esposto non solo lo stato di salute risulta peggiorato, bensì anche le conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa. Infatti nella prima procedura il ricorrente era stato ritenuto abile al lavoro al 100% nell'attività svolta, mentre nell'ambito della seconda procedura tale attività era stata considerata ridotta del 20% in ogni attività dallo stesso medico dell'UAIE, mentre era stato considerato inabile al lavoro al 65% dai periti dell'INPS. In simili condizioni l'insieme delle circostanze agli atti e le argomentazioni addotte avrebbero dovuto indurre l'UAIE ad approfondire la domanda e far allestire tutti quegli esami che detti indizi di aggravamento giustificavano. A livello cardiologico occorre un esame specialistico completo, accompagnato da tutte quelle prove strumentali che la malattia in corso richiede. A livello ortopedico inoltre occorre aggiornare il quadro radiologico e far eseguire un esame specialistico, anche questo sorretto da esami di carattere radiologico e/o analoghi (RMN, TAC).

E. 10.2

In conclusione quindi emergono dalle carte processuali sufficienti elementi per ritenere plausibile l'invocato peggioramento dello stato di salute del ricorrente rispetto al 2009, di modo che la decisione impugnata viola il diritto federale e deve essere pertanto annullata. Gli atti vengono quindi rinviati all'UAIE affinché entri nel merito della seconda domanda di rendita depositata dal ricorrente, assuma le prove necessarie (per esempio una perizia pluridisciplinare) e si pronunci sul diritto di A._____ di percepire una rendita di invalidità.

E. 11.1

Visto l'esito della procedura non sono percepite delle spese processuali e l'anticipo versato dal ricorrente il 15 settembre 2013 gli sarà restituito dopo che la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

E. 11.2

Si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. 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]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'500.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)

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