

BVGer C-3092/2011 vom 13. April 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-04-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3092_2011

FR: TAF C-3092/2011 du 13 avril 2011

IT: TAF C-3092/2011 del 13 aprile 2011

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale 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 a questo Tribunale 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. 1.2

L'Ufficio AI cantonale è competente per trattare l'esame delle richieste. L'Autorità inferiore è competente per notificare l'impugnata decisione (art. 40 cpv. 2 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI, RS 831.201]).

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. 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 (5a 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 (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni. Le disposizioni relative alla 6a revisione AI (primo pacchetto di misure) che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012 non sono invece applicabili (RU 2011 5659, FF 2010 1603).

E. 5

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 24 ottobre 2007. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) 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 dovrebbe esaminare le prestazioni a beneficio del ricorrente dal 24 ottobre 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda) fino al 13 aprile 2011, data della (seconda) 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 136 V citata).

E. 6.1

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 un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). 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).

E. 6.2

Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai 3 anni. 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 invalido 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. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), 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.

E. 7.3

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 si è stabilizzato; la seconda lettera 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). A partire dal 1° gennaio 2008, 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; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA nel suo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 8.1

Una rendita limitata e/o crescente/decrescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA e se ne deve pertanto seguire i principi. In base a tale norma, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modificazione che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o diminuita in misura corrispondente, oppure soppressa. Per l'art. 88a cpv. 1 OAI, se la capacità di guadagno migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il cambiamento 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.

E. 8.2

Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere in caso di contestazione oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 e 2.3 confermato in 131 V 164).

E. 8.3

Va ricordato che nel caso in cui la prestazione venga accordata con effetto retroattivo ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta, esiste un'unica relazione giuridica; ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni recanti la stessa data (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

E. 8.4

L'oggetto della contestazione è la soppressione della rendita intera a partire dal 1° luglio 2008 fino al 31 agosto 2010 ed a partire dal 1° aprile 2011. Con due decisioni impugnate, l'amministrazione ha infatti riconosciuto rendite intere AI limitate nel tempo, ossia dal 1° febbraio al 30 giugno 2008 e dal 1° settembre 2010 al 31 marzo 2011. Lo scrivente Tribunale esaminerà quindi la situazione valetudinaria dopo il 1° luglio 2008.

E. 9.1

L'interessato non si è più presentato al lavoro dopo il 5 febbraio 2007. 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 (art. 28a cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), 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).

E. 9.2

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).

E. 10.1

Dalla documentazione ad atti si evince che l'assicurato presenta più patologie, essenzialmente di natura ortopedica/neurologica che hanno richiesto tre interventi di neurochirurgia il 31 luglio 2007, il 28 gennaio 2009 ed il 15 settembre 2010. I problemi principali che limitano l'interessato nell'eventuale esercizio di un'attività lavorativa sono i dolori persistenti lombosacrali/dorsali/cervicali, le notevoli limitazioni funzionali polidistrettuali (compresa la difficoltà prensile) e la marcia difficoltosa.

E. 10.2

Per quanto attiene alla diagnosi, gli esperti incaricati del SAM (visite specialistiche in psichiatria della Dott.ssa Castra, in reumatologia del Dott. Mariotti e in neurologia del Dott. Karau) hanno rilevato in esito alle loro visite nel giugno/luglio 2010 (doc. 119-121): - Diagnosi con influenza sulla capacità di lavoro: sindrome lombovertebrale con/su componente spondilogeno bilaterale, pregresso intervento chirurgico con distanziatore interspinoso L4-L5 tipo x-stop il 31 luglio 2007 (primo intervento), pregresso intervento con rimozione del sopraccitato sistema interspinoso x-stop, decompressione osteolegamentosa della radice L5 a destra e stabilizzazione interspinosa L4-L5 con coflex in quadro di stenosi del canale spinale a livello di L4-L5 il 28 gennaio 2009 (secondo intervento), alterazioni degenerative con protrusioni discali da L3 ad S1. - Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45-4), tendenza al reumatismo delle parti molli, obesità con BMI 33,2 kg/m², dislipidemia, epatopatia. Nel settembre 2010, il nominato, come già riferito, ha subito un terzo intervento di decompressione osteo-legamentosa delle radici di L4-L5.

E. 10.3

Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007).

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 di attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe 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. 10.4

Va ancora rilevato che una perizia richiesta dall'Ufficio AI cantonale (in casu un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte (DTF 136 V 376 consid. 4, vedi anche sentenza del Tribunale federale 9C_189/2011 dell'8 luglio 2011 consid. 3.2). Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). Determinante è la circostanza che la perizia del servizio di accertamento medico rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c). In una recente giurisprudenza il Tribunale federale ha tra l'altro precisato che quando in opposizione ad un accertamento di un servizio medico specifico dell'AI viene presentata una perizia che contraddice in modo scientifico ed esauriente quanto espresso dalla precedente indagine sia in ambito diagnostico che nelle conclusioni, ed il giudice non è in grado di decidere quali fra le due può essere condivisa, è lecito far allestire una perizia giudiziaria indipendente e conclusiva (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 11.1. Ora, la valutazione delle conseguenze valetudinarie delle affezioni menzionate non può limitarsi alla sola analisi della perizia del SAM. Questo caso presenta la singolarità che la prestazione è stata riconosciuta un anno dopo la cessazione dell'attività lucrativa (febbraio 2007), ossia da febbraio 2008, soppressa con effetto 30 giugno 2008, riassegnata con effetto 1° settembre 2010 e di nuovo soppressa con effetto 31 marzo 2011. In queste condizioni, spetta alla stessa di provare, conformemente all'art. 17 LPGA (cfr. consid. 8), che l'invalidità di A. _____ era scesa al disotto del 40% dal 1° luglio 2008 fino al 30 agosto 2010 e dal 1° aprile 2011. Questa prova, malgrado altre indagini mediche fatte eseguire dall'Ufficio AI cantonale, non è stata apportata come si vedrà di seguito. 11.2. Dato che non è contestato il riconoscimento del diritto alla rendita intera da febbraio 2008, va analizzata la situazione dopo il giugno 2008. Ora, il Prof. Dott. Scamoni, il 22 agosto 2008, accertava, fra l'altro, una lombocruralgia a destra con parestesia dolorifica L4 a destra e consigliava terapia riabilitativa. Era chiaro, già a questa data, che la situazione valetudinaria del paziente non si era assolutamente stabilizzata. In

considerazione della situazione non soddisfacente, l'esperto neurochirurgo avanzava l'idea di posizionare un x-stop anche in L3-L4 oppure di procedere a un intervento di laminectomia L4-L5. In un ulteriore rapporto dell'ottobre 2008 (data non precisabile) l'esperto neurochirurgo ribadiva la presenza di lombalgie croniche con low back pain prevalente all'arto inferiore destro anch'esso sottoforma di cruralgia. Ora, contrariamente a quanto (non) rilevato dal Dott. Bernasconi, neurologo (perizia del 22/23 luglio 2008, doc. 37), l'obiettività neurologica mostrava una sofferenza radicolare della radice L4 e, incontestabilmente, l'esperto ha proposto, senza esitare, una laminectomia e rimozione del device (x-stop) con decompressione bilaterale dello spazio L3-L4 ed L4-L5. Già a questo punto, non si può negare che la situazione valetudinaria di A. _____ non era migliorata. Per poter ridurre il grado d'invalidità così come lo propone il Dott. Bernasconi, occorre dimostrare in cosa consiste il miglioramento. In realtà, a questo collegio giudicante, risulta piuttosto che la problematica dorsale del paziente non ha subito mutamenti dal momento della cessazione dell'attività lavorativa e perlomeno fino a ben dopo il secondo intervento avvenuto il 28 gennaio 2009. In esito al secondo intervento, i medici dell'ospedale di circolo di Varese avevano previsto un periodo di riposo di un mese e poi un ciclo di riabilitazione. Lo stesso medico dell'Ufficio AI cantonale, nel suo rapporto del 20 marzo 2009 (doc. 57), riconosceva come contrariamente a quanto rilevato in precedenza dai periti Dott.ri Pancaldi (il 15 marzo 2008, doc. 23) e Bernasconi (il 22 luglio 2008, doc. 37), il paziente ha presentato segni di sofferenza radicolare. L'interessato è poi stato rivisitato dal Dott. Pancaldi (giugno 2009, sei mesi dopo il secondo intervento, doc. 65). A questo punto la critica che può essere mossa da questo collegio giudicante all'autorità inferiore consiste nel fatto che, vista la problematica patologica, il paziente avrebbe dovuto essere sottoposto ad una visita da parte di un neurologo. Il problema ancora esistente in capo a A. _____ si riferisce ai dolori che egli risente a livello lombare. Le conclusioni del perito Dott. Pancaldi del 25 giugno 2009 non possono così essere condivise. Le sue valutazioni non solo non sono convincenti, ma sono smentite dalla storia clinica dell'assicurato. Come sopra rilevato, il secondo intervento non era inutile. Il Prof. Dott. Scamoni l'ha ritenuto necessario perché la situazione da dolore e valetudinaria complessiva era insostenibile per il paziente. Pertanto, il parere del Dott. Pancaldi che conferma quello suo precedente del 20 febbraio 2008, ossia che il paziente sarebbe in grado di svolgere un lavoro adeguato, a determinate condizioni, al cento per cento con riduzione del rendimento del 10-20%, non può essere condiviso. Del resto, le sue stesse conclusioni, a 5 mesi dal secondo intervento, contrastano in modo palese con la sua descrizione dell'obiettività clinica descritta alla pagina 8, dove parla di un paziente totalmente invalido per i dolori, con difficoltà di movimento, che necessita di una stampella, con una marcata limitazione dei movimenti lombo cervicali, con disturbi della sensibilità superficiale agli arti superiori a destra, con una forza generale notevolmente diminuita, con una forza di presa praticamente nulla alle due mani. Il Dott. Pancaldi conferma che il paziente non è simulante e che presenta un disturbo del dolore che non può essere collegato, se non in piccola parte, a problemi di natura somatica o a problemi morfologici-strutturali dell'apparato locomotorio. Ora, questo collegio giudicante è del parere che i dolori dell'assicurato sono verosimilmente imputabili alla sua incontestabile patologia degenerativa e ai due interventi subiti (fino alla data della seconda perizia del Dott. Pancaldi). Si tratta di una grave discopatia degenerativa L3/4 L4/5 refrattaria alle terapie riabilitative e nemmeno risolta dai due primi interventi neurochirurgici. Ciò è ampiamente dimostrato dalla storia clinica del caso in esame, mentre i pareri dei Dott.ri Pancaldi e Bernasconi non sono stati confortati dalla storia clinica del

caso e dalla documentazione oggettiva ad atti (circostanza peraltro ammessa dallo stesso Dott. Klauser, dell'Ufficio AI cantonale, nel rapporto del 20 marzo 2009, doc. 57). Da quanto precede, ne consegue che secondo il parere del Tribunale, A. _____ ha presentato un grado d'invalidità anche in attività di sostituzione superiore al 70% anche dopo il 30 giugno 2008 e fino, perlomeno, a tre/quattro mesi dopo il secondo intervento del 28 gennaio 2009. Come sopra rilevato, la seconda perizia del Dott. Pancaldi, per quanto attiene le conclusioni, è inattendibile e smentita dalla storia clinica del caso, dalla certificazione medica giunta dall'Italia da parte dei sanitari interventisti e curanti e dalla refertazione oggettiva. Il presunto miglioramento non è stato dimostrato dall'autorità inferiore. 11.3. La procedura è poi continuata con l'invio da parte del ricorrente di altra documentazione soprattutto in sede ricorsuale (gravame dell'11 gennaio 2010). Ed è a questo punto che si può affermare che la situazione di salute e valetudinaria di A. _____ rappresenta una manifestazione patologica continua ed invalidante che non ha avuto, praticamente, remissione dal momento in cui egli ha abbandonato il proprio lavoro. Il Dott. Erba, nel rapporto del 5 febbraio 2010 (doc. 101), prende atto, oltre della perizia del medico legale Dott. Motta (11 settembre 2009), di un rapporto del neurochirurgo Dott. Basile del 28 dicembre 2009 che riferisce di una RM del 5 dicembre precedente che fa stato di un peggioramento della stenosi lombare L4-L5 ed L3-L4; l'esperto consiglia un nuovo intervento (il terzo che avverrà nel settembre 2010). Vi è inoltre da rilevare che l'esame ENG del 30 ottobre 2009 (dunque ancora precedente il referto RM) attesta una sofferenza neurogena periferica di grado marcato nel territorio da L3 ad L5 di tipo cronico. Vi è poi una degenza ospedaliera dal 4 al 9 febbraio 2010 per i noti motivi di sofferenza radicolare (doc. 104). È lo stesso Dott. Erba a proporre un nuovo accertamento più approfondito. È ben chiaro quindi che le condizioni di salute di A. _____ non sono mai state contrassegnate da una remissione di natura ed intensità tale da giustificare un abbassamento del tasso d'invalidità al disotto del 70%. Lo stesso Dott. Erba ammette l'oggettivazione delle sofferenze neurogene di grado marcato. Questa, contrariamente ai riscontri dei Dott.ri Bernasconi e Pancaldi, esiste con ogni evidenza da tanto tempo e rende spiegabili i dolori e le difficoltà dei movimenti e locomotorie lamentati dal paziente, insieme dei disturbi che, contrariamente a quanto tendono ad affermare i suddetti specialisti, non sono inquadrabili in una "sindrome algica piuttosto generalizzata" del tipo fibromialgico. Il dolore, l'insufficienza dei movimenti e le difficoltà locomotorie provengono da sofferenze neurogene-radicali ampiamente dimostrate e dall'insuccesso parziale dei due interventi neurochirurgici. 11.4. Atteso che l'interessato ha subito il terzo intervento chirurgico il 15 settembre 2010, non vi sono elementi oggettivi, né pareri medici che giustifichino, in modo attendibile, che nel frattempo (ossia fra il secondo intervento ed il terzo) vi sia stato e provato un miglioramento delle condizioni di salute e della capacità di lavoro del ricorrente. La perizia del SAM, su questo punto, è carente. La stessa si limita a confermare in modo apodittico le precedenti valutazioni dell'incapacità di lavoro del paziente. Anzi, il Dott. Mariotti (reumatologo) tende ancora ad inserire i dolori accusati dal paziente nell'ambito di un contesto fibromialgico (pag. 8 perizia datata 6 giugno 2010, doc. 121) e persino egli stima che vi sia una manifestazione di aggravamento. Dal canto suo, il Dott. Karau (doc. 121), che ha ripetuto l'EMG completo, non avrebbe trovato nessun segno di sofferenza neurogena e non si spiega i risultati ottenuti con lo stesso esame in precedenza e nemmeno quello dell'ENG sopra ricordato. L'analisi del SAM non è sufficiente per provare che al 1° marzo/30 giugno 2008, l'interessato avrebbe potuto riprendere un'attività adeguata a determinate condizioni, al cento per cento, con rendimento ridotto del 10-20%. Di difficile

comprensione e non condivisibile è l'osservazione finale secondo la quale brevi periodi di incapacità totale sono da imputare all'intervento operatorio del gennaio 2009 e la cura di riabilitazione. Tale affermazione è ampiamente smentita dalla refertazione giunta dall'Italia e dalla stessa valutazione dei medici dell'Ufficio AI. 11.5. Non solo quanto precede dimostra la continuità della patologia neurologica/ortopedica e delle conseguenze di questa sulla capacità di lavoro dell'interessato. Dopo la perizia del SAM, l'amministrazione ha emanato un progetto di decisione comportante la conferma del diritto alla rendita dal 1° febbraio al 30 giugno 2008, ma la documentazione giunta in seguito ribadiva l'inconsistenza del suo parere. Infatti, l'assicurato ha prodotto la cartella clinica relativa all'intervento del 15 settembre 2010 di decompressione osteo-legamentosa delle radici di L4-L5 poiché il paziente accusava da tempo sciatalgia sinistra, grave stato di ipostesia dolorifica L4-L5, parestesie, difficoltà motorie (doc. 134). Questo quadro, esistente senza dubbio da quando egli ha cessato di lavorare, è invalidante in modo continuativo e completo. Il detto intervento già era stato suggerito nel febbraio 2009 dal neurochirurgo Dott. Basile (doc. 99) e poi ribadito da altri sanitari per il seguito. Non per nulla, ancora una volta, il Dott. Erba (rapporto del 30 settembre 2010 in sede di audizione) riconosce lo stato d'invalidità totale dell'assicurato e propone una rivalutazione del caso. A conferma dello stato d'invalidità giungono ancora ad atti un rapporto di piano riabilitativo del 22 ottobre 2010 (attestante una marcata limitazione funzionale generalizzata e una sindrome polialgica, doc. 135) ed un rapporto del Prof. Dott. Scamoni del 3 novembre 2010 (doc. 136) il quale prevede cure riabilitative anche per dopo il 2010. Per queste ragioni, l'UAIE, con seconda decisione del 13 aprile 2011, ha assegnato una rendita intera AI dal 1° settembre 2010 al 31 marzo 2011. In esito alle considerazioni sopra svolte, il collegio giudicante è del parere che A. _____ ha diritto alla rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità ininterrottamente dal 1° febbraio 2008 al 31 marzo 2011. 11.6. Resta contestata la soppressione del diritto alla rendita intera a partire dal 1° aprile 2011. La decisione di limitare nel tempo la seconda prestazione si fonda, per l'essenziale, sulla seconda visita del Dott. Mariotti del 17 febbraio/31 marzo 2011 (doc. 144). Ora, non priva di fondamento è l'opposizione dell'interessato alla visita presso il Dott. Mariotti, specialista in reumatologia, manifestata dal ricorrente l'11 gennaio 2011, in quanto riteneva più indicato assegnare l'accertamento ad uno specialista ortopedico/neurologo. Anche questo Tribunale è del parere che alla luce delle patologie perduranti da anni di tipo neurologico/ortopedico, il Dott. Erba avrebbe dovuto assegnare la perizia a un sanitario del settore. La preferenza data dal Dott. Erba al Dott. Mariotti potrebbe dunque prestare a critiche. Ad ogni modo, il Dott. Mariotti ammette un'invalidità completa da settembre 2010. Questo suo parere è tuttavia già criticabile in merito alla decorrenza. Non è tanto la data dell'intervento (terzo) che giustifica il riconoscimento dell'invalidità, quanto piuttosto anche il periodo precedente, ossia le ragioni che hanno motivato e reso necessario tale soluzione. Visto tuttavia che questo Tribunale ha già ammesso l'esistenza di un'invalidità completa, senza interruzione, da febbraio 2007 a settembre 2010, non importa ora discutere sulla decorrenza ammessa dal Dott. Mariotti, quanto piuttosto sulla data limite (tre mesi dopo l'intervento) da lui indicata, che comporta la soppressione della prestazione, per la regola dell'art. 88a cpv. 1 OAI già riferita (cfr. consid. 8), al 31 marzo 2011. 11.7. Ora, è ben chiaro, anche in questo caso, che il miglioramento ammesso dal reumatologo è stato smentito dai fatti. Con la documentazione esibita con il ricorso si attesta di nuovo una situazione gravemente invalidante. Il reperto d'esame elettroencefalografico del 15 aprile 2011 attesta una marcata sofferenza neurogena periferica di tipo cronico fra L3 ed L5 ed in S1. La perizia medico-legale della Dott.ssa

Ghiringhelli (23 maggio 2011), fondata su documentazione oggettiva, attesta una situazione valetudinaria grave e compromessa anche per la scarsa autonomia personale del paziente. Anche il Dott. Aimar, neurochirurgo, nel suo rapporto del 25 marzo 2011, riferisce uno stato d'invalidità notevole caratterizzato da sciatalgia bilaterale limitante la deambulazione e l'esecuzione delle comuni attività, impaccio motorio degli arti inferiori, Lasègue positivo bilateralmente ad 80°, distesie bilaterali agli arti inferiori, ROT ipoevocabili bilateralmente. Egli comunque sconsiglia ulteriori interventi. In queste condizioni, il parere del Dott. Mariotti del 17 febbraio/21 marzo 2011, o perlomeno le sue conclusioni, è smentito dalle risultanze successive indicate. Non è dimostrata l'affermazione del neurologo secondo la quale la sintomatologia algica è da imputare ad una fenomenologia di tipo fibromialgico o, addirittura ad una tendenza del paziente all'aggravazione. I reperti oggettivi e il passato neurochirurgico del paziente testimoniano invece per una sicura origine algica di tipo neurologico. Infine, dalla lettura della perizia 25 agosto 2011 del Dott. Enrico, si evince un quadro valetudinario sempre critico. Non sembra che questo medico abbia esagerato nel descrivere le limitazioni funzionali del paziente, ma anche lui prende atto di una situazione notevolmente patologica, oggettivamente dimostrata, che perdura da anni e che tre interventi neurochirurgici non hanno potuto porvi rimedio. Appare infine che le prese di posizione del Dott. Erba, in sede di ricorso e di replica, non si chinano sui temi sollevati e ribaditi dai sanitari consultati dall'assicurato. Il medico dell'UAI TI si limita a ribadire le posizioni dei medici del SAM e gli altri specialisti in modo acritico. 11.8. Questo collegio giudicante, alla luce delle considerazioni sopra esposte, ritiene pertanto che alla data della seconda impugnata decisione, 13 aprile 2011, la situazione valetudinaria di A. _____ non aveva subito mutamenti rispetto al periodo precedente. Il terzo intervento chirurgico non ha portato miglioramenti della situazione personale del nominato che presenta limitazioni funzionali di notevole gravità, situazioni peraltro già descritte oggettivamente dai Dott.ri Pancaldi, Bernasconi e Mariotti. Come già ricordato, le situazioni di limitazione funzionale generalizzata (arti superiori ed inferiori, colonne lombare, dorsale e cervicale), di difficoltà prensile severa, difficoltà di marcia, di sindrome algica non ascrivibile a fibromialgia ma piuttosto a sofferenze neuro radicolari documentate, rendono non solo improponibile, per il momento, un'attività lavorativa seppur adeguata, ma anche gli atti ordinari della vita. Questa situazione non scaturisce da un eventuale contesto di aggravamento o da una parziale sindrome somatoforme, come sembrano tendere i pareri dei tre medici menzionati, quanto piuttosto da una situazione neurologica la cui gravità è attestata e da una sintomatologia post neurochirurgica non soddisfacente.

E. 12.1

In queste condizioni, il collegio giudicante non può che riconoscere in favore di A. _____ il diritto alla rendita ordinaria intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità anche dal 1° luglio 2008 al 30 agosto 2010 e dopo il 31 marzo 2011. Le decisioni impugnate sono pertanto riformate in tale senso.

E. 12.2

Incombe all'amministrazione procedere immediatamente ad una revisione d'ufficio per verificare se la situazione valetudinaria di A. _____ è migliorata dopo il 13 aprile 2011, data dell'impugnata seconda decisione.

E. 13.1

La parte ricorrente pretende un'indennità di 100'000 franchi. Preliminarmente si osserva che tale richiesta è succintamente motivata. A._____ avrebbe dovuto svendere la casa di sua proprietà poiché impossibilitato a pagare il mutuo in carenza di introiti e in costanza di spese sanitarie e perizie. Questa richiesta contiene anche una parte, non precisata, d'indennizzo per torto morale. Ora, questa richiesta esula dal potere di cognizione giudiziaria di questo Tribunale ed è pertanto inammissibile. Spetta alla parte ricorrente, se lo ritiene opportuno, aprire un'azione in responsabilità contro la Confederazione svizzera. Nelle misura in cui egli chiede un indennizzo per le spese mediche sopportate, queste saranno comprese nelle ripetibili al considerando seguente.

E. 13.2

Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali.

E. 13.3

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, viste le memorie di ricorso e di replica e la documentazione sanitaria esibita, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per le spese ripetibili di 2'500 franchi, da porre a carico dell'UAIE.

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