

BVGer C-3224/2009 vom 24. Juni 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-06-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3224_2009

FR: TAF C-3224/2009 du 24 juin 2011

IT: TAF C-3224/2009 del 24 giugno 2011

Regeste

Diritto alla rendita

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 (TAF) 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'interessato ha versato l'anticipo delle presunte spese processuali di Fr. 300.-. 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 (ATF 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.

E. 5

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 20 novembre 2007. In deroga all'art. 24 LPGa, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel 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 può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 20 novembre 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 15 aprile 2009, data della 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 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

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 tre anni. Pertanto, l'interessato 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 svizzero o 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 dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda 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%.

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 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 (art. 7 cpv. 2 LPGGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2008).

E. 8.1

Il ricorrente era alle dipendenze dal 1985 di un'impresa di impianti idrici di Poggiardo in qualità di operaio non specializzato, in ragione di 40 ore settimanali e per un salario adeguato alla sua qualifica. Ha lasciato la ditta per motivi di salute con effetto 20 aprile 1999 ed ultimo giorno di attività 17 luglio 1998 e da allora non ha più lavorato.

E. 8.2

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. 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. 8.3

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). Inoltre, perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160).

E. 9.1

Nel caso in esame è stata evidenziata la diagnosi di esiti di interventi chirurgici per meningioma transazionale e successivi interventi per fistola liquorale e posizionamento di derivazione spino-peritoneale. Esiti d'intervento di decompressione ed osteosintesi con placche e viti per stenosi del canale lombo-sacrale in spondilodiscartrosi, artropatia psoriasica (certificato dell'INPS del 17 novembre 2009). La perizia E 213 del 25 gennaio 2008 dell'INPS segnala anche una sindrome ansioso-depressiva reattiva.

E. 9.2

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 d'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. 10.1

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il servizio medico dell'INPS, nella perizia E 213 del 25 gennaio 2008 e nel rapporto del 17 novembre 2009, pone un tasso d'invalidità del 100% in qualsiasi attività. Dal canto loro, i medici dell'UAIE, Dott.ri Rais e Lehmann, ritengono che il nominato non potrebbe più svolgere il suo ultimo lavoro, ma che potrebbe riprendere dal 1° gennaio 2001 all'80% un'attività sostitutiva adeguata al suo stato di salute. La Dott.ssa Paiano, nel suo certificato del 12 marzo 2009, concorda nella sostanza con la valutazione dei medici dell'INPS, rilevando che l'insorgente è impossibilitato nello svolgimento delle sue funzioni quotidiane.

E. 10.2

Lo scrivente Tribunale considera che l'istruttoria non è stata adeguatamente svolta. L'assicurato soffre di esiti di ripetuti interventi chirurgici per meningioma che, secondo il servizio medico dell'INPS, causano un'incapacità di lavoro totale. Malgrado sia diagnosticata una malattia grave, manca ad atti una perizia neurologica, ma vengono prodotte solo le cartelle cliniche degli interventi del 2007. Non è dato sapere quale sia stata l'evoluzione di questa malattia dopo il 2007, ma se ci si basa sui certificati del servizio medico dell'INPS e su quello della Dott.ssa Paiano del 12 marzo 2009, appare evidente che le conseguenze delle operazioni sono importanti, contrariamente a quanto ritenuto dal Dott. Rais nella sua nota del 10 dicembre 2008. Le conseguenze del meningioma sono inoltre in concomitanza con dei problemi ortopedici, di cui manca ugualmente un rapporto oggettivo. Neppure la sindrome ansioso-depressiva è stata adeguatamente esaminata. Va inoltre osservato che la data di decorrenza dell'incapacità lavorativa (6 novembre 2000) si fonda su una documentazione medica molto sommaria. La cartella clinica relativa al ricovero del 5 novembre 2000 per anterospindilosi di L5 su S1 non permette infatti una valutazione oggettiva della capacità lavorativa residua dell'interessato. In queste condizioni, il parere del servizio medico dell'UAIE, i cui sanitari peraltro non hanno visitato di persona l'assicurato, ma fondano il loro giudizio sugli atti esibiti, non può essere condiviso. Quando il parere del servizio medico dell'UAIE diverge nettamente dagli altri giudizi, e non può essere fondato su documentazione oggettiva avente la qualità di prova, occorre procedere ad una nuova investigazione medica. Infatti, è compito del servizio medico dell'UAIE stabilire in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue capacità psicofisiche, attenendosi unicamente alle funzioni importanti relative alle attività lavorative che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto (art. 49 OAI, vedi anche DTF 125 V 261 consid. 4; U. Meyer/Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Serie:

Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, p. 227). Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di svolgere le mansioni consuete subita dall'interessata e da quando questa invalidità esisterebbe.

E. 10.3

In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incarto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere. L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal novembre 2000 (ricovero per la anteriospondilosi) fino alla data dell'impugnata decisione (15 aprile 2009). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia approfondita in neurologia, ortopedia e psichiatria. L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità di lavoro fra il novembre 2000 ed il 15 aprile 2009.

E. 11.1

Il ricorrente chiede inoltre di beneficiare anche dopo il 31 gennaio 2007 della rendita per i figli ancora in formazione per Raffaella nata il 2 gennaio 1989 (art. 25 cpv. 5 della legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti [LAVS, RS 831.10]).

E. 11.2

Come rilevato dall'UAIE nella sua risposta del 4 gennaio 2010, l'assicurato non ha ancora fornito i documenti necessari all'esame di tale diritto. Con lettera dell'11 dicembre 2009, l'UAIE aveva richiesto al ricorrente di inviare i certificati di frequenza per gli anni scolastici 2007/2008 e 2008/2009, ma senza ottenere risposta (per quanto risulta dall'incarto in possesso di questo Tribunale). Va precisato che la fotocopia dell'immatricolazione già prodotta dal ricorrente non è un documento sufficiente. Non è comunque necessario esaminare oltre il diritto alla rendita per figli poiché si tratta di una rendita accessoria alla rendita principale dell'assicurazione invalidità, il cui diritto deve appunto fare l'oggetto di un esame ulteriore. Gli atti sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché esamini il diritto alla rendita in favore della figlia Raffaella dopo il 31 gennaio 2007.

E. 12.1

Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo spese versato dal ricorrente gli viene restituito.

E. 12.2

In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, il ricorrente non è rappresentato. Non si giustifica pertanto riconoscergli un'indennità per spese ripetibili.