

BVGer C-3458/2011 vom 23. August 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-08-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3458_2011

FR: TAF C-3458/2011 du 23 août 2012

IT: TAF C-3458/2011 del 23 agosto 2012

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), 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 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

Giusta l'art. 40 cpv. 1 lett. b dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201; nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2011), per la ricezione e l'esame delle richieste è competente l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero, fatto salvo il cpv. 2 se gli assicurati sono domiciliati all'estero. Il cpv. 2 di tale norma stabilisce che per la ricezione e l'esame delle richieste dei frontalieri è competente l'Ufficio AI nel cui campo d'attività essi esercitano un'attività lucrativa; questa regola si applica anche ai vecchi frontalieri, a condizione che al momento della richiesta il loro domicilio abituale si trovi ancora nella zona di frontiera ed il danno alla salute risalga all'epoca della loro attività frontiera. L'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero notifica le decisioni.

E. 1.3

Nella specie, l'interessato, ex frontaliere, risiede nella zona di confine, ma da quanto emerge dagli atti, il danno alla salute non risale all'epoca in cui lavorava in Svizzera. Egli è stato licenziato con effetto 31 maggio 2009 per ragioni congiunturali e non per motivi di salute. Pertanto, è a giusta ragione che l'Ufficio AI del Cantone Ticino ha declinato la sua competenza (cfr. lettere del 21 dicembre 2010, doc. 89, 90). L'UAIE era dunque competente per esaminare sul merito la richiesta di prestazioni.

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). Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 3.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea. Di conseguenza, è applicabile, nella specie, l'accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte e la Comunità europea ed i suoi Stati membri dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681).

E. 3.2

L'allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base al quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento) ed il regolamento (CEE) n° 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del regolamento (CEE) n° 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

E. 3.3

Secondo l'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'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 i 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 d'invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 4

Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (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 135 V 24 consid. 4.3). 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 periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 17 maggio 2011, 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 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 con i rinvii).

E. 6

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: - essere invalido ai sensi della legge svizzera; - aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno tre anni (art. 36 LAI). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71). Nella specie, 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'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. 7.3

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

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).

E. 8.1

L'assicurato, sin dal 1976, era alle dipendenze di una ditta metalmeccanica del Cantone Ticino. L'attività lavorativa prima dell'insorgere del danno alla salute era quella di sabbiatore. Il licenziamento, avvenuto con effetto 31 maggio 2009, non è da imputare a malattia od infortunio, ma, come spiega l'ex datore di lavoro, a "ridimensionamento organico di reparto a causa di grave crisi occupazionale" (doc. 78). Si tratta dunque di un licenziamento per motivi economico-congiunturali.

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. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

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 grado 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. 8.4

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 e 122 V 160).

E. 9.1

Nella fattispecie, A._____ soffre di dilatazione aneurismatica dell'aorta ascendente (con familiarità per rottura), di non chiara eziologia (malformazione congenita? lue terziaria?), affezione che il 30 luglio 2010 ha necessitato un intervento di sostituzione dell'aorta ascendente con impianto di tubo vascolare retto, brocopneumopatia cronica ostruttiva di grado lieve, ipertensione arteriosa moderata.

E. 9.2

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il servizio medico dell'INPS pone il 26 luglio 2010 un grado d'invalidità del 50%; il medico ritiene comunque che il paziente è in grado di svolgere attività di tipo leggero in misura del 50% (doc. 69). Questa valutazione era comunque espressa pochi giorni prima dell'intervento del 30 luglio 2010. Dal canto suo, il Dott. Bahler ammette che l'assicurato non sarebbe più in grado di riprendere il suo precedente lavoro di sabbiatore, se non in misura ridotta del 50%, ma a lui sarebbero proponibili attività leggere semisedentarie in misura completa.

E. 9.3

Ora, il rapporto del Dott. Bahler non può essere seguito per più motivi.

E. 9.3.1

In primo luogo, in modo apodittico, ma poco convincente, egli afferma che l'assicurato è abile al lavoro al cento per cento a partire dal 26 luglio 2010, data dell'E 213, ossia quattro giorni prima del complesso intervento di sostituzione protesica dell'aorta ascendente con protesi tubulare. Di tutta evidenza, tale parere non è credibile, se non altro per il motivo che, il paziente, allora 62enne e già portatore di altri problemi di salute, dopo quell'operazione cardiocirurgia ha sicuramente necessitato di un periodo di convalescenza.

E. 9.3.2

In secondo luogo, il parere del Dott. Bahler è espresso in assenza completa di documentazione posteriore all'intervento subito. La documentazione medica ad atti si riferisce ad accertamenti che precedono il ricovero del luglio 2010. Dopo l'operazione subita, l'Ufficio AI ha ommesso di fare eseguire un esame cardiologico completo, accompagnato da tutti quegli esami clinico-oggettivi che questo caso richiedeva. Pronunciandosi in sede di audizione e di ricorso, il medico dell'Ufficio AI ha preso unicamente atto di referti che sostengono l'esistenza di una discreta invalidità anche in attività di ripiego, ma non li ha condivisi. Ora, il Dott. Merlo, autore della certificazione del 22 aprile 2011, ricorda che il paziente dovrebbe astenersi da sforzi fisici significativi. Parimenti, il Dott. Enrico, estensore della relazione 3 giugno 2011 esibita con il ricorso, è del parere che gli esiti dell'intervento subito, addizionati dagli altri disturbi accertati (discinesia settale, BPCO con insufficienza respiratoria) provocano una limitazione anche in attività più leggere della precedente. Egli pone un tasso d'invalidità anche in questo ambito del 40-50%. La documentazione medica sulla quale deve poggiare un parere attendibile che possa poi esprimersi in merito alla questione valetudinaria è dunque insufficiente.

E. 9.3.3

Si può anche segnalare che il Dott. Brasola, medico dell'Ufficio AI del Cantone Ticino, a cui il caso era stato sottoposto in un primo tempo, già nella sua relazione del 1° dicembre 2010 (doc. 88) aveva ritenuto indispensabile aggiornare la situazione medica con l'esecuzione di varie indagini. Questa indicazione, a torto, non è stata ripresa dal Dott. Bahler.

E. 9.3.4

Va infine aggiunto che nel caso in cui si debba valutare l'invalidità di un assicurato che si trova in età avanzata e ormai prossima a quella che dà diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per la vecchiaia, bisogna procedere ad un'analisi globale della situazione e domandarsi se, nella realtà, questo assicurato è in misura di accedere ad un'attività in un mercato del lavoro supposto equilibrato (SVR 2003 IV n. 35 consid. 2.3, sentenza del Tribunale federale I 500/06 del 30 agosto 2007 consid. 4.4 e sentenza del Tribunale federale 9C_612/2007 del 14 luglio 2008 consid. 5.1 con i riferimenti). Un'attività ragionevolmente esigibile ai sensi dell'art. 16 LPGA è da escludere quando questa sarebbe realizzabile solo in forma e con modalità talmente ristrette da non esistere in un mercato del lavoro equilibrato, oppure con delle condizioni/limitazioni mediche tali da rendere irreperibile un datore di lavoro. L'istruttoria dell'autorità inferiore è carente anche da questo punto di vista, in quanto l'Ufficio AI avrebbe dovuto esaminare se un assicurato di 62 anni (nel 2010, anno di insorgenza dei problemi di salute invalidanti), che dal 1976 ha sempre svolto il lavoro di sabbiatore fino al 2009, possa essere realmente inserito anche in attività pur semplici, leggere non richiedenti una particolare formazione.

E. 9.4

Quando il parere del medico dell'UAIE diverge dagli altri giudizi e/o non può essere fondato su documentazione oggettiva avente la qualità di prova, occorre procedere ad una nuova investigazione medica. Infatti, è compito del consulente del Servizio medico regionale o del 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 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI, RS 831.201]).

E. 10.1

Ora, fatte 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'interessato e da quando questa modifica esisterebbe.

E. 10.2

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 (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 10.3

L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal maggio 2009 (cessazione dell'attività lucrativa), fino alla data dell'impugnata

decisione (17 maggio 2011). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia approfondita in cardiologia ed a tutti quegli esami clinici/strumentali che il caso richiede. Un aggiornamento dello stato di salute generale appare pure necessario, in quanto A. _____ presenta anche altre patologie. Se del caso, l'amministrazione effettuerà poi un'indagine comparativa dei redditi.

E. 11.1

Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. La domanda di esenzione dall'anticipo delle spese processuali diventa senza oggetto.

E. 11.2

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, viste le memorie di ricorso e di replica, nonché la documentazione esibita, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di 700 franchi, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.

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