

BVGer C-3948/2011 vom 6. Juli 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-07-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3948_2011

FR: TAF C-3948/2011 du 6 juillet 2012

IT: TAF C-3948/2011 del 6 luglio 2012

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 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. 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. 400.-. 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 (nel tenore in vigore fino al 31 marzo 2012) 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). 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. I nuovi regolamenti (CEE) n° 883/2004 e n° 987/2009 concernenti il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale in vigore dal 1° aprile 2012 fra la Svizzera e gli Stati membri dell'UE, che sostituiscono i regolamenti (CEE) n° 1408/71 e 574/72, non sono applicabili.

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 30 giugno 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, la 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 invalida 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 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).

E. 8.1

L'assicurato non ha più svolto attività lucrativa dopo il rimpatrio avvenuto verso la fine del 2007. Già in Svizzera, alle dipendenze di una fabbrica di cioccolato, aveva presentato dei problemi di salute (affezioni cardiocircolatorie, diabete), tuttavia, egli ha normalmente lavorato fino al 31 maggio 2007, con assenze nel 2006 e 2007 relativamente brevi. Vi è stata una sola assenza di media durata da settembre a novembre 2006 (cfr. certificato del datore di lavoro, doc. 14, pag. 5): questa assenza è comunque non determinante per il diritto all'invalidità visto che la domanda è stata presentata il 30 aprile 2010.

E. 8.2

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. 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

Nella fattispecie, l'interessato, ora 61enne, lamenta più patologie. Egli è affetto da cardiopatia ischemica cronica più volte trattata con PTCA (2006 in Svizzera e 2009 in Italia), ipertensione arteriosa, diabete in trattamento misto, esiti di tiroidectomia totale (marzo 2010) per Ca papillare, spondiloartrosi lombare, esiti di intervento per acromion-plastica alla spalla sinistra nel 2002 (cfr. perizia medica particolareggiata del 21 luglio 2010, doc. 30). Diversi, ma brevi, attestazioni specialistiche menzionano la presenza di un disturbo depressivo endoreattivo grave (cfr. segnatamente la "cartella clinica" doc. 43 e doc. 29 e 41), patologia in cura specialistica, sembra, dal 2008. Dalla documentazione prodotta in sede ricorsuale emerge che l'assicurato è anche portatore di un'affezione carotidea (cfr. il referto d'esame eco-doppler TSA del 30 novembre 2011).

E. 10.1

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il servizio medico dell'INPS attesta un tasso d'invalidità del 75% pur rilevando che il paziente è in grado di svolgere attività leggere. Il peritando non sarebbe più in grado di svolgere il suo precedente lavoro. Da questa perizia non si ricavano determinanti motivazioni. Dal canto suo, il Dott. Milnersic, dell'UAIE, più volte chiamato a pronunciarsi sulla documentazione esibita nelle varie fasi della procedura, ha sempre ribadito che A. _____ non presenterebbe un'invalidità di rilievo nell'ambito del suo precedente lavoro od altra simile attività.

E. 10.2

Lo scrivente Tribunale considera che l'istruttoria non è stata adeguatamente svolta.

E. 10.2.1

Già per quel che concerne la patologia cardiaca gli atti sono insufficienti. Lo stesso Dott. Milnersic, nella nota del 13 maggio 2011, riferisce che mancano due esami importanti, ossia un'ecografia cardiaca e, soprattutto, un elettrocardiogramma sotto sforzo. Gli esami a disposizione del Dott. Milnersic sono quelli del 2009 (doc. 18, 26) e concernono un nuovo intervento d'installazione di stent. Anche i documenti successivamente prodotti (procedura di audizione e di ricorso) non sono migliori, scarni, di difficile lettura e peraltro non sempre numerati (cfr. doc. prodotti nell'ambito del diritto di audizione). Manca quindi ad atti un chiaro, completo e recente esame cardiologico, accompagnato da tutti quegli esami clinici-oggettivi usuali.

E. 10.2.2

Dal punto di vista oncologico vi sono diversi brevi certificati che fanno stato dell'operazione subita e del successivo trattamento. Manca tuttavia un rapporto endocrino-oncologico completo che riferisca in modo dettagliato sullo stato attuale della malattia tiroidea. Anche in questo caso, molti referti sono poco leggibili e sommari. Sembra che il paziente soffra attualmente di un'ipotiroidite post-chirurgica. Non sono conosciute le date della terapia "radio metabolica" a parte quella del 6 ottobre 2010 (cfr. certificato del Dott. Frusciante del 6 luglio 2010) né è chiaro se il paziente ha necessitato di ulteriori cure specifiche. In altre parole, non è dato per certo che il ricorrente abbia posto un termine alle cure oncologiche e, quindi, non si può affermare con la dovuta tranquillità, che l'affezione tumorale sia guarita.

E. 10.2.3

Del tutto insufficiente è poi la documentazione riguardante la patologia psichiatrica. L'affezione in corso, consistente in una depressione endoreattiva grave scaturisce da succinti certificati (doc. 29, 41, 43 e documento esibiti con il ricorso), spesso mal leggibili. Ora, anche in questo caso, è lo stesso Dott. Milnersic che lamenta il fatto che la documentazione psichiatrica è "mal circonstanciée, de mauvaise qualité et la plus part du temps illisible" (doc. 68, pag. 12). A fronte della diagnosi ricordata, non è rilevante, come invece lo osserva il Dott. Milnersic, che la perizia medica particolareggiata non faccia cenno della patologia psichiatrica. Basta ricordare che A. _____ è in cura specialistica continua per tale affezione dal dicembre 2008 (doc. 43). Manca quindi un rapporto psichiatrico completo che, di regola, deve contenere l'anamnesi, l'evoluzione della malattia, lo stato attuale (esame obbiettivo), la diagnosi, la prognosi, la durata ed il tipo di

trattamento, la frequenza della cure specialistiche. In modo specifico, il rapporto stesso dovrebbe fornire delle indicazioni sullo stato psichico (aspetto, atteggiamento, orientamento spazio-temporale, conservazione della memoria, capacità di concentrazione, facoltà di comprensione, d'interpretazione e di percezione), nonché tutti quei riscontri che permettono di individuare degli elementi di carattere patologico ed eventuali test psichiatrici.

E. 10.3

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. 10.4

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. 11.1

In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incanto 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'incanto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 11.2

L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal maggio 2007 (cessazione dell'attività lucrativa), fino alla data dell'impugnata decisione (30 giugno 2011). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia approfondita pluridisciplinare in onco-endocrinologia (tumore tiroideo e effetti collaterali del diabete), cardiologia, psichiatria ed a tutti quegli esami clinici/strumentali che il caso richiede. Se del caso, l'amministrazione effettuerà poi un'indagine comparativa dei redditi.

E. 12.1

Non vengono prelevate spese processuali. Al ricorrente viene restituito l'anticipo delle spese processuali, di 400 franchi, da lui versato il 18 aprile 2012.

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, 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'Ufficio AI intimato.

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