

BVGer C-422/2007 vom 22. August 2008

Bundesverwaltungsgericht, 2008-08-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-422_2007

FR: TAF C-422/2007 du 22 août 2008

IT: TAF C-422/2007 del 22 agosto 2008

Regeste

Assicurazione per l'invalidità (altro)

Erwägungen

E. 1

In virtù dell'art. 31 della Legge federale sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della Legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate agli art. 33 e 34 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 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 sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

E. 2.1

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). Trattasi 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. 2.2

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. 2.3

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. 3.1

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 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (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. 3.2

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. 3.3

Il ricorso è inoltre tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 4

Ai fini del presente giudizio occorre preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, non trovano applicazione le modifiche della LAI del 6 ottobre 2006 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5a revisione della LAI). Di seguito vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

E. 5

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 21 gennaio 2005. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI 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 21 gennaio 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 6 dicembre 2006, 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

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti due condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI). Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, 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

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. 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). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter 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. 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). 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. Ora, 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, 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, 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. 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.

E. 8

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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, 114 V 314 consid. 3c). 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). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

E. 9.1

Nel caso di specie la diagnosi rilevante ai fini del presente giudizio, nel periodo di cognizione in oggetto (cfr. considerando 5), risulta essere condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in merito. L'assicurato è affetto da: ferita da perforazione e cecità dell'occhio destro dal 1963, stato dopo ernia del disco e laminectomia dal 1979, stato dopo svariati incidenti della circolazione con trauma addominale ed ematoma retroperitoneale, frattura dell'ulna dx al terzo distale, dello sterno e della rotula destra (perizia medica INPS del 10 ottobre 2005, certificati medici del 3 febbraio 2007 della Dott.ssa M._____ e del 14 aprile 2007 del Dott. D._____ e rapporti medici del 22 settembre 2006 e del 5 marzo e del 26 giugno 2007). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi.

E. 9.2

Tali affezioni debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. 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 può 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. 9.3

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti, il sanitario medico dell'INPS di Lecce ha posto, il 10 ottobre 2005, un tasso di invalidità parziale del 70% per qualsiasi attività lavorativa (doc. 16) mentre la Dott.ssa M._____ ed il Dott. D._____, medici di fiducia dell'assicurato, nei loro certificati medici del 3 febbraio 2007 rispettivamente del 14 aprile 2007 non si sono espressi al riguardo. Dal canto suo il Dott. T._____ considera l'assicurato abile al 100% nell'attività abituale di idraulico. In particolare, il medico dell'UAIE, nel suo rapporto del 22 settembre 2006 (doc. 19), ha rilevato quale limitazione funzionale generale la cecità di un occhio (allorquando il Visus dell'altro è però normale) ed ha constatato che non permangono ulteriori dolori rispettivamente limitazioni funzionali

conseguenti ai traumi subiti dall'assicurato e che egli non ha riportato (e neppure sono da aspettarsi per il futuro) conseguenze riconducibili ai sinistri stradali del 2002 e del 2004. Il medico dell'UAIE, nel suo rapporto del 5 marzo 2007 (doc. 24), ha pure sottolineato, con espresso riferimento al certificato medico del 3 febbraio 2007 della Dott.ssa M. _____, che ivi vengono ripresi solo i noti dati anamnestici ed ha, inoltre, escluso la necessità di procedere ad ulteriori indagini specialistiche. Infine il medico dell'UAIE, nel suo rapporto del 22 giugno 2007, ha osservato che il certificato medico del 14 aprile 2007 del Dott. D. _____ è sovrapponibile a quello del 3 febbraio 2007 della Dott.ssa M. _____ al quale si limita ad aggiungere che nel febbraio 2007 l'assicurato presenta una stenosi del recesso laterale di L3-S1 ed una recidiva dell'ernia discale L4-L5 dx. A tal proposito il medico dell'UAIE ha precisato che, a suo avviso, un recesso laterale non si può estendere anatomicamente a più segmenti della colonna vertebrale e che nel modello E-213 il paziente era asintomatico. Infine, egli ha confermato integralmente la sua precedente valutazione precisando che la nuova documentazione medica prodotta dall'assicurato non apporta degli elementi nuovi precedenti al 6 dicembre 2006 (data della decisione avversata).

E. 9.4

Nel caso di specie, il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il Dott. T. _____. Egli, infatti, ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base di accertamenti approfonditi e completi e le sue relazioni mediche sono state redatte con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi) e sono chiare nella presentazione del contesto medico ed, infine, le conclusioni a cui giungono sono logiche e motivate. In quest'ottica pertanto i predetti rapporti medici ossequiano ampiamente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposta al considerando 8. Con particolare riferimento al rapporto del 22 giugno 2007 occorre, inoltre, rilevare che tale valutazione tiene pure conto di tutta la nuova documentazione prodotta in sede di ricorso dall'assicurato.

E. 9.5

Stante quanto precede il collegio giudicante ritiene quindi che l'assicurato è abile al 100% nell'attività abituale di idraulico e non ha subito, nel periodo di riferimento del presente giudizio (cfr. considerando 5), un'incapacità di lavoro di livello pensionabile. G. _____ non ha dunque diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

E. 10

A titolo di spese processuali si prelevano 300.-- franchi (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore dal 1° luglio 2006) e non vengono assegnate indennità per spese ripetibili (art. 64 PA a contrario).