

BVGer C-441/2012 vom 13. Februar 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-02-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-441_2012

FR: TAF C-441/2012 du 13 février 2013

IT: TAF C-441/2012 del 13 febbraio 2013

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

In virtù dell'art. 31 della legge 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 all'art. 33 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 davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20). Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

E. 1.2

Secondo l'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). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

Conformemente all'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. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

E. 1.4

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

E. 2.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, 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 parte, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'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 dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

E. 2.2

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto, del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato, anche a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI, dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (RU 2002 1527, 2006 979 e 995, 2006 5851, 2009 2411 e 2421), in base alla 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, 2008 4219, 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce 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 n. 1408/71), ed il regolamento (CEE) n. 574/71 del Consiglio, del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 2009 4845).

E. 2.3

Secondo l'art. 3 del regolamento n. 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. Ciò detto, nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'allegato II, 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). Così, per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003, consid. 2).

E. 3

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della stessa al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, si applicano quindi in concreto, visto che la procedura di revisione è stata iniziata nel 2010, ma non le norme della 6a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603). Sono inoltre applicabili le disposizioni della LPGGA, se e per quanto la LAI lo preveda (art. 2 LPGGA).

E. 4

Il ricorrente contesta la fondatezza della decisione dell'8 dicembre 2011, rivendicando il diritto ad una rendita intera d'invalidità da aprile 2010.

E. 5.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 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. 5.2

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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, 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 svizzero o dell'UE e vi risiede.

E. 5.3

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.

E. 5.4

Giova ancora ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

E. 6.1

Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

E. 6.2

Conformemente all'art. 87 cpv. 2 dell'ordinanza federale sull'assicurazione invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine nel

momento dell'erogazione della rendita o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità.

E. 6.3

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento 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 (art. 88a cpv. 1 OAI). La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI).

E. 6.4

Al fine di giudicare se sussistono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve considerare il periodo tra la decisione iniziale e quella che pronuncia la revisione. Decisioni intercalari sono pertinenti unicamente se sono state emesse sulla base di una nuova valutazione materiale del grado d'invalidità, ossia dopo delucidazione dei fatti, apprezzamento delle prove e esecuzione del raffronto dei redditi (DTF 133 V 108). In concreto, il periodo d'esame intercorre tra il 28 novembre 2005, data della decisione su opposizione della SVA, e l'8 dicembre 2011, data della decisione qui impugnata.

E. 7

Il giudice delle assicurazioni sociali fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti). Egli 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. 8.1

Dai documenti medici all'incarto e, in particolare, dalla perizia particolareggiata E 213 del dott. D._____, medico dell'INPS, del 27 settembre 2010 (incarto UAIE, doc. 39), dalla perizia pluridisciplinare della dott.ssa E._____ e del dott. F._____, medici del SAM, del 22 settembre 2011 (incarto UAIE, doc. 66), e dal rapporto finale del dott. C._____, medico dell'UAIE, del 14 ottobre 2011 (incarto UAIE, doc. 69), si evince la diagnosi, con

influenza sulla capacità lavorativa, di periartropatia omeroscapolare tendinopatica della spalla sinistra, di sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno, a sinistra più che a destra, d'epatite cronica HBV correlata, attualmente con modico rialzo dell'ALAT, inferiore a due volte la norma, e con funzione epatica normale, e di sindrome mista ansioso-depressiva, nonché la diagnosi, ininfluente sulla capacità lavorativa, di cervicalgie, d'emocromatosi, di lieve esofagite e di sovrappeso. Questa diagnosi è univoca agli atti e non è contestata dal ricorrente, dimodoché questo Tribunale non può che adottarla.

E. 8.2

Nell'ambito della procedura di revisione il dott. D. _____ ha indicato, nella sua perizia E 213, un peggioramento delle condizioni di salute del ricorrente, fissando un grado d'invalidità, secondo criteri propri del diritto italiano, del 70%. Su incarico dell'UAIE, i medici del SAM hanno valutato, da maggio 2004, in riferimento al rapporto della dott.ssa B. _____, del 26 gennaio 2005, una capacità lavorativa del 20% per l'attività di macchinista edile, e ciò dai soli punti di vista psichiatrico, reumatologico e gastroenterologico, con diverse limitazioni funzionali, e del 60%, nel senso di un rendimento ridotto sull'arco di un normale orario lavorativo, in occupazioni confacenti medioleggere. I periti hanno ammesso un certo peggioramento dello stato di salute, sul piano psichiatrico, da agosto 2007, comportante per qualsiasi attività una riduzione del rendimento del 20%, definito però essere non cumulabile poiché relativo a restrizioni, ossia una maggiore lentezza, discontinuità ed affaticabilità, nonché una minore resistenza al lavoro, comuni a quelle dovute ai problemi reumatologici e gastroenterologici. Sul piano psichico, la dott.ssa I. _____ ha constatato, nel suo rapporto del 15 settembre 2011 (incarto UAIE, doc. 65), che dall'agosto 2007, con il subentrare di ulteriori problemi di salute (patologia epatica), si è verificata una situazione particolarmente stressante dal punto di vista emotivo, che è sfociata in un vero e proprio disturbo ansioso-depressivo cronicizzato, con sintomi dell'ansia e della depressione permanenti, ma lievi, non essendo infatti così evidenti da giustificare una diagnosi se considerati separatamente. La psichiatra ha completato il suo parere osservando che il funzionamento familiare e sociale del ricorrente è discreto, per concludere che il quadro psicopatologico obiettivato permane di lieve entità e risulta interferire in modo continuo sulla capacità lavorativa in una misura non superiore al 20%. Dal canto suo, il dott. C. _____ ha preso atto delle conclusioni della perizia del SAM, nel suo rapporto finale del 14 ottobre 2011, ed ha rilevato che lo stato di salute del ricorrente è rimasto sostanzialmente immutato da maggio 2004, se si eccettua l'insorgere della sindrome ansioso-depressiva nell'agosto 2007, la quale non ha però un'influenza autonoma, rispetto ai problemi reumatologici e gastroenterologici, sulla capacità lavorativa, come hanno argomentato gli specialisti del SAM. Il medico dell'UAIE ha confermato il suo parere a due ulteriori occasioni, il 31 maggio e 12 agosto 2012 (incarto UAIE, doc. 83 e 85), rimarcando che la detta affezione psichiatrica, se ben curata, guarisce normalmente nell'arco di qualche mese, che essa si è manifestata dopo l'esecuzione della perizia del SAM e che la sua gravità non risulta essersi manifestata prima dell'emissione della decisione impugnata.

E. 8.3

Visto quanto precede, questo Tribunale deve ammettere, seguendo il chiaro parere dei periti del SAM e del medico dell'UAIE, che lo stato di salute del ricorrente, durante il periodo d'esame pertinente, ossia dal 28 novembre 2005 all'8 dicembre 2011, non si è deteriorato, in particolare dal punto di vista psichiatrico, in modo tale da ripercuotersi sensibilmente sulla

capacità lavorativa e, di riflesso, sul grado d'invalidità, dimodoché continua a sussistere il diritto ad una mezza rendita, così come stabilito a giusto titolo dall'UAIE. Peraltro, il ricorrente potrà presentare un'ulteriore domanda di revisione in relazione ad un eventuale nuovo peggioramento della sua sindrome ansioso-depressiva.

E. 9

Di conseguenza, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

E. 10

In virtù dell'art. 24 cpv. 1 LTAF, il giudice dell'istruzione decide quale giudice unico circa lo stralcio dal ruolo delle cause divenute prive di oggetto (lett. a) e la non entrata nel merito di impugnazioni manifestamente inammissibili (lett. b). Sono fatte salve, conformemente al cpv. 2, le competenze del giudice unico secondo le leggi federali in materia di assicurazioni sociali. Ai sensi dell'art. 85bis cpv. 3 della legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (LAVS, RS 831.10), se l'esame preliminare, anteriore o posteriore a uno scambio di scritti, rileva che il ricorso al Tribunale amministrativo federale è inammissibile o manifestamente infondato, un giudice unico può, con motivazione sommaria, pronunciare la non entrata in materia o il rigetto. Questa disposizione è applicabile anche in ambito dell'assicurazione invalidità, conformemente all'art. 69 cpv. 2 3a frase LAI. In concreto, questo Tribunale può quindi pronunciare, quale giudice unico, il rigetto del presente ricorso manifestamente infondato.

E. 11

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 17 settembre 2012. In conformità con l'art. 64 cpv. 1 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 (spese ripetibili). Visto l'esito della procedura, non si assegnano al ricorrente indennità per spese ripetibili.

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