

BVGer C-4576/2019 vom 13. Mai 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-05-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4576_2019

FR: TAF C-4576/2019 du 13 mai 2020

IT: TAF C-4576/2019 del 13 maggio 2020

Regeste

Valutazione dell'invalidità

Erwägungen

E. 1.1

Riservate le eccezioni - non realizzate nel caso di specie - di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero.

E. 1.2

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 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA) ed essendo state regolarmente pagate l'anticipo delle spese giudiziarie (art. 63 cpv. 4 PA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1

Secondo l'art. 43 LPGA e l'art. 69 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201), l'UAIE esamina le domande concernenti le prestazioni d'invalidità, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno, in particolare circa lo stato di salute del richiedente, la sua attività, la sua capacità di lavoro e la sua idoneità all'integrazione.

E. 2.2

Giusta l'art. 49 lett. b PA l'accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti è motivo di ricorso.

E. 3.1

Nel caso di specie oggetto del contendere prima della risposta di causa, era il momento della decorrenza della rendita - dovuta a mente del ricorrente a partire dal 1° gennaio 2018, ossia sei mesi dopo il deposito della seconda domanda di prestazioni (consid. C.a), anziché dal 1° ottobre 2018 - nonché il grado di invalidità - corrispondente, secondo l'insorgente, ad almeno il 68% per tutto il periodo oggetto di contestazione e determinante il diritto ad almeno $\frac{3}{4}$ di rendita.

E. 3.2

Con risposta del 21 novembre 2019 (doc. TAF 6), alla quale il ricorrente ha aderito in via subordinata soltanto nella misura in cui questo Tribunale non fosse in grado di accogliere la richiesta di accoglimento, nel senso dell'attribuzione di $\frac{3}{4}$ di rendita, formulata nel gravame in via principale (doc. TAF 8), l'autorità inferiore ha proposto l'annullamento della decisione impugnata con rinvio degli atti di causa per completare l'istruttoria tramite l'esperimento della perizia pluridisciplinare come richiesto dal SMR, senza tuttavia specificare in quali ambiti medici.

E. 4

Per quanto concerne la prima critica del ricorrente, relativa alla decorrenza del diritto alla rendita si osserva quanto segue.

E. 4.1.1

Giusta l'art. 8 cpv. 1 LPGA viene 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. 4.1.2

Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto ad una rendita a condizione che: 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; ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

E. 4.2

L'art. 29 cpv. 1 LAI prevede dal canto suo che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI; DTF 142 V 547 consid. 3.2). L'art. 29 cpv. 3 LAI precisa altresì che la rendita è versata all'inizio del mese in cui nasce il diritto. Tale disposizione concretizza il principio secondo cui le prestazioni dell'assicurazione sociale non vengono assegnate, se non a seguito di una specifica richiesta dell'assicurato. In altre parole, chi omette di annunciare la propria pretesa all'assicuratore preposto, nelle modalità e nelle forme prescritte (art. 29 cpv. 1 LPGA), non potrà beneficiare delle prestazioni a cui avrebbe di per sé diritto secondo le pertinenti disposizioni legali (DTF 101 V 261 consid. 2; cfr. anche Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Schulthess 2011, N. 2812 p. 771 e riferimenti giurisprudenziali ivi citati). Una domanda di prestazioni sussiste nella misura in cui risulta evidente che l'assicurato, attraverso il proprio annuncio all'assicuratore, ha manifestato la chiara volontà di richiedere delle prestazioni (Ueli Kieser,

ATSG-Kommentar, 3. ed. 2015, ad art. 29, N. 12-14, pag. 458). Va inoltre evidenziato che la data del deposito della domanda è determinante per stabilire i diritti di cui l'interessato può avvalersi da quel momento nei confronti dell'assicuratore preposto. Nel caso in cui la domanda di prestazioni, vertente ad esempio sul riconoscimento del diritto alla rendita d'invalidità, è stata rifiutata con decisione passata in giudicato, la data del deposito della domanda perde tuttavia il suo effetto. Per avvalersi di un ulteriore diritto alla rendita, l'interessato dovrà pertanto introdurre una nuova domanda di prestazioni, non essendo al riguardo applicabili le disposizioni riguardanti la revisione (cfr. sentenza del TF 9C_302/2015 del 18 settembre 2015, consid. 5.3; M. Valterio, op. cit., N. 2847 p. 780).

E. 4.3

Giusta l'art. 43 LPGA, l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (cpv. 1). Se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l'assicurato deve sottoporvisi (cpv. 2). Se per chiarire i fatti l'assicuratore deve far ricorso ai servizi di un perito indipendente, ne comunica il nome alla parte. In buona sostanza il legislatore assegna agli organi esecutivi della LAI il compito di stabilire i fatti giuridicamente determinanti secondo il principio inquisitorio in modo tale da consentire l'emissione di una decisione sulla prestazione richiesta (sentenza del TF 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2).

E. 4.4

La procedura, avviata su iniziativa dell'assicurato al momento del deposito della domanda con cui rivendica il diritto alle prestazioni d'invalidità (art. 29 cpv. 1 LPGA, art. 29 cpv. 1 LAI, art. 65 OAI) si conclude generalmente al termine dell'istruttoria e della procedura di preavviso (art. 73 OAI), mediante una decisione con cui l'autorità inferiore si pronuncia sulla richiesta di prestazioni (art. 74 OAI).

E. 4.4.1

A norma dell'art. 49 cpv. 1 LPGA nei casi di ragguardevole entità o quando vi è disaccordo con l'interessato, l'assicuratore deve emanare per scritto le decisioni in materia di prestazioni, crediti e ingiunzioni.

E. 4.4.2

L'art. 51 LPGA autorizza una procedura informale per quelle prestazioni di minore importanza non contemplate nell'art. 49 cpv. 1 LPGA. In tal caso i rapporti giuridici possono essere disciplinati in maniera semplificata, ossia mediante un conteggio o una comunicazione (cfr. Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Genève/Zurich, Schulthess Editions Romandes 2018, ad. art. 58 LAI, N. 1). Una decisione deve tuttavia essere pronunciata nella misura in cui l'interessato manifesta il proprio disaccordo o ne fa richiesta (art. 51 cpv. 2 LPGA). Per determinare entro quali termini una decisione formale debba essere richiesta, occorre tenere conto delle circostanze del caso concreto (indicazione nella comunicazione, conoscenze dell'assicurato o del suo rappresentante, complessità della materia, comportamento dell'assicurato, ...) e considerare i contrapposti interessi in gioco, ossia da un lato la sicurezza del diritto e dall'altro il principio della buona fede. Il Tribunale federale ha precisato che nei casi in cui una comunicazione è stata emessa conformemente al diritto secondo la procedura semplificata, il termine di riflessione concesso all'assicurato per chiedere una decisione varia a seconda delle circostanze da trenta giorni a tre mesi. Per

contro l'assicurato che intende contestare il rifiuto totale o parziale della prestazione comunicato a torto dall'amministrazione mediante procedura sommaria, può di principio pretendere l'emanazione di una decisione formale entro un anno. Un termine più lungo potrebbe entrare eventualmente in linea di conto, quando l'interessato è ignorante in materia di questioni giuridiche, non è rappresentato da un patrocinatore e in buona fede potrebbe intendere che l'assicuratore non abbia preso una posizione definitiva e intenda ordinare ulteriori accertamenti (DTF 134 V 145 consid. 5.3 pag. 152 seg.; sentenza del TF 8C_14/2018 del 25 aprile 2018 consid. 2.3, cfr. anche M. Valterio, op. cit., ad. art. 58, N. 4 e riferimenti giurisprudenziali ivi citati).

E. 4.5.1

Nell'evenienza concreta, si osserva innanzitutto che a seguito della ricezione della domanda di prestazioni del 13 luglio 2017 (consid. C.a), l'amministrazione è rimasta completamente inattiva: essa non ha trasmesso il formulario ufficiale all'assicurato per completare la domanda di prestazioni, non ha assunto agli atti le informazioni dell'assicurato e del datore di lavoro, non ha invitato il richiedente a produrre gli atti medici in suo possesso e a richiedere al medico curante la compilazione del rapporto medico, né ha interrogato il proprio servizio medico al momento della ricezione da parte dell'INSAI dell'incarto infortunistico. Come giustamente rileva il ricorrente l'autorità inferiore si è limitata a respingere in data 2 novembre 2017 la domanda di prestazioni, fondandosi sulle valutazioni mediche raccolte dall'assicuratore LAINF, senza tuttavia svolgere il benché minimo atto istruttorio, né valutare la rilevanza delle affezioni extra-infortunistiche. Essa ha pertanto palesemente contravvenuto agli obblighi di accertamento che le competono giusta l'art. 43 LPGa. Già solo per questa ragione - da un punto di vista materiale - e alla luce delle patologie extra-infortunistiche che comunque erano emerse in ambito LAINF (cfr. consid. C.b), la procedura scaturita dalla domanda di prestazioni del 13 luglio 2017 non poteva essere ritenuta evasa, né tantomeno chiusa mediante la comunicazione informale del 2 novembre 2017.

E. 4.5.2

La citata comunicazione, per altro, neppure è stata notificata in maniera corretta. A differenza della richiesta di prestazioni del 1994 infatti (cfr. consid. B.), all'epoca del deposito della domanda del luglio 2017 per il tramite dell'INSAI, il ricorrente non era più rappresentato dal patronato A.C.L.I. (né tantomeno dall'UNIA che ha assunto il mandato di patrocinio soltanto il 22 giugno 2018 [doc. 45]). Egli aveva infatti sottoscritto di proprio pugno e senza indicare alcun patrocinatore il modulo di richiesta, poi inoltrato all'UAI-C._____ dall'INSAI (doc. 26), manifestando pertanto l'intenzione di agire personalmente nell'ambito della nuova procedura. Nonostante ciò, la comunicazione del 2 novembre 2017 è stata trasmessa - per altro per posta semplice e senza copia per conoscenza all'assicurato - al precedente rappresentante, che aveva agito per suo conto ben tredici anni prima. Non è quindi neppure dato di sapere se e quando quest'ultimo abbia eventualmente informato il ricorrente. Così stando le cose, non si può pertanto ritenere che l'atto amministrativo in parola sia stato validamente notificato al ricorrente, né che lo stesso abbia esplicitato nei suoi confronti gli effetti in esso descritti, fra i quali chiudere la procedura avviata con la domanda del 13 luglio 2017.

E. 4.5.3

La questione relativa al momento in cui il ricorrente è venuto a conoscenza della comunicazione del 2 novembre 2017 può tuttavia rimanere indecisa, dal momento che, contrariamente a quanto sostiene l'UAIE, non era necessario che l'assicurato reagisse nel termine di trenta giorni, chiedendo una decisione soggetta a ricorso. L'amministrazione ha infatti fatto uso a torto della procedura semplificata per respingere la domanda di prestazioni, non essendo né in presenza di un caso manifesto (art. 58 LAI e art. 74ter OAI), né tantomeno potendo aspettarsi un accordo tacito da parte del ricorrente, al quale intendeva negare la richiesta di rendita (art. 74ter OAI). Trattandosi di un caso di ragguardevole entità la richiesta di prestazioni avrebbe dovuto infatti essere respinta - se a tale conclusione avesse condotto un'istruttoria completa - mediante una decisione formale (art. 49 LAI).

E. 4.5.4

Indipendentemente dal fatto se l'assicurato fosse venuto a conoscenza o meno della comunicazione del 2 novembre 2017, determinante è pertanto sapere se quest'ultimo abbia reagito in qualche modo entro un anno dall'emanazione della chiusura informale del caso. Ciò è precisamente il caso nell'evenienza concreta. Su suggerimento del dott. L. _____, che lo aveva visitato nell'ambito della procedura condotta dall'assicuratore malattia, riscontrando una prolungata incapacità lavorativa e una prognosi incerta (doc. 7 inc. CM), l'interessato ha inoltrato il 12 aprile 2018 una nuova domanda di prestazioni all'UAI-C. _____, evocando non soltanto la coxartrosi bilaterale alle anche, ma pure le altre problematiche - e meglio gonartrosi destra e sinistra, lesioni meniscali a seguito di infortunio, lombalgia in scoliosi, spondilartrosi lombare - in parte già emerse in sede infortunistica ma non prese a carico dall'INSAI, essendo di natura degenerativa, ma che dalla data del sinistro avevano subito un peggioramento (cfr. doc. 30 p. 6). Ora, sebbene l'assicurato non si sia espressamente opposto alla chiusura del caso, circostanza che può essere riconducibile alla mancata ricezione della comunicazione del 2 novembre 2017, con la nuova domanda di prestazioni, presentata appena 4 mesi dopo tale atto amministrativo, egli ha senz'altro fugato ogni dubbio sul fatto che ritenesse ancora aperti gli aspetti riguardanti le problematiche alle ginocchia. A fronte della precisa indicazione di tali affezioni, unitamente all'esautiva enumerazione di quelle di nuova insorgenza, occorre considerare la richiesta del 12 aprile 2018 quale atto completivo della domanda di prestazioni del 13 luglio 2017, che per le ragioni già esposte sopra non poteva considerarsi validamente evasa. L'amministrazione ha quindi violato il diritto federale ritenendo chiusa e passata in giudicato la procedura avviata con domanda del 13 luglio 2017.

E. 4.6.1

Alla luce di quanto esposto sopra, risulta fondata la critica del ricorrente riguardo alla data di decorrenza del diritto alla rendita. Occorre pertanto ritenere il 13 luglio 2017 quale data determinante per il computo del termine semestrale previsto dall'art. 29 cpv. 1 LAI e non il 12 aprile 2018.

E. 4.6.2

A fronte dei periodi di incapacità lavorativa accertati dall'autorità inferiore a partire dal 17 gennaio 2017, dai quali non vi è motivo di scostarsi, è pertanto a partire dal 1° gennaio 2018 (scaduto l'anno d'attesa previsto dell'art. 28 cpv. 1 LAI e il periodo di attesa di sei mesi di cui all'art. 29 cpv.1 LAI), che al ricorrente va riconosciuto il diritto a una rendita intera con grado AI del 100%. Ritenuto che dagli atti medici figuranti all'incarto, emerge con il grado della verosimiglianza preponderante, che l'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività si

è protratta quantomeno fino al 22 ottobre 2018, giusta l'art. 88a cpv. 1 OAI, il diritto alla rendita intera può essere confermato in questa sede almeno fino al 31 gennaio 2019.

E. 4.6.3

La decisione va pertanto riformata nel senso che il ricorrente ha diritto ad una rendita intera dal 1 gennaio 2018 al 31 gennaio 2019.

E. 5.1

Per quanto concerne il periodo successivo al 23 ottobre 2018, e meglio l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa rispettivamente il grado di invalidità dal 1° febbraio 2019, la proposta dell'autorità inferiore è senz'altro giustificata dalla necessità di completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti per l'assicurazione invalidità. La documentazione esibita sia in sede amministrativa (doc. 44, 47, 52, 53, 69) che pendente ricorso (allegata al doc. TAF 1), ha infatti reso manifeste le lacune nell'istruttoria eseguita prima dell'emissione della decisione impugnata, in particolare la mancata considerazione degli aspetti internistici di recente insorgenza (di natura cardiologica) rispettivamente l'approfondimento della rilevanza dell'affezione alla spalla destra e alla colonna lombare, nonché dei disturbi psichiatrici. Riguardo a quest'ultimo aspetto, il Tribunale osserva che la perizia psichiatrica agli atti, non soltanto non consente una valutazione degli effetti della diagnosi posta sulla capacità lavorativa del ricorrente secondo gli indicatori stabiliti dalla giurisprudenza del Tribunale federale (cfr. DTF 141 V 281 e consid. da 9.3 del presente giudizio), ma neppure contiene una motivazione chiara e convincente dei motivi per cui la diagnosi in essa esposta si distanzia da quella proposta dal medico curante (doc. 47, sulla base delle osservazioni dello psichiatra curante [doc. 53]). Non da ultimo manca una valutazione globale dell'influsso sulla sua capacità lavorativa delle affezioni di cui l'assicurato è portatore. Così stando le cose e alla luce della documentazione agli atti, non risulta pertanto possibile determinarsi in maniera completa e con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali sullo stato di salute dell'assicurato e sull'influsso delle patologie di cui è portatore sulla capacità lavorativa di quest'ultimo così come sulla loro evoluzione a partire dal 23 ottobre 2018. A tal proposito, contrariamente a quanto sostenuto dal ricorrente, il parere del dott. I. _____ non permette di delucidare in maniera soddisfacente la fattispecie, non potendo quest'ultimo esprimersi con cognizione di causa su tutte le patologie di cui l'assicurato è portatore (si pensi in particolare ai disturbi psichici). Il dott. I. _____ non si esprime inoltre in modo chiaro, concludente e attendibile riguardo al tasso di incapacità lavorativa dell'assicurato, tanto nella professione abituale quanto in un'attività sostitutiva, ma anzi, parrebbe confondere tale misura, con il grado di invalidità, né sulla sua evoluzione. Ora, pur tenendo conto che il dott. I. _____ è un professionista attivo in Italia, dove la prassi nell'ambito delle assicurazioni sociali può divergere da quella svizzera, la portata - a livello probatorio - della valutazione di quest'ultimo in punto alla capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate (volendo intendere in tal senso l'opinione esposta), deve essere quantomeno relativizzata.

E. 5.2

L'autorità inferiore procederà pertanto all'accertamento dello stato di salute, della capacità di lavoro residua e della loro evoluzione da un punto di vista complessivo, segnatamente ortopedico e/o reumatologico, neurologico, internistico e psichiatrico, tramite l'esperimento di una perizia pluridisciplinare in Svizzera, conformemente ai principi della più recente giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 137 V 210), in particolare in materia di malattia

psichica, che prevede la valutazione della capacità al lavoro di una persona nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata, fondata su indicatori (DTF 143 V 409, 143 V 418, 141 V 281, 140 V 8).

E. 5.3

In siffatte circostanze, neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, tramite l'esperimento di una perizia pluridisciplinare nel senso indicato sopra, essendo del tutto carente agli atti un accertamento medico che tenga conto di tutti gli ambiti specialistici menzionati. In assenza di un'istruttoria complementare in tal senso, non risulta pertanto possibile determinarsi con il necessario grado della verosimiglianza preponderante sull'entità del diritto alle prestazioni assicurative.

E. 6

Da quanto esposto discende che il ricorso dev'essere accolto, nel senso che la decisione impugnata per il periodo dal 23 ottobre 2018, fondandosi su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti, va annullata e gli atti di causa ritornati all'amministrazione, affinché proceda al completamento dell'istruttoria nel senso precedentemente indicato. L'incarto sarà sottoposto nuovamente al servizio medico dell'amministrazione, il quale disporrà con l'Ufficio competente e l'assicurato, secondo le regole procedurali in materia di svolgimento di una perizia medica pluridisciplinare (DTF 137 V 210), nel rispetto del diritto di essere sentito, una visita approfondita nelle specializzazioni mediche indicate al consid. 5.1 e 5.2, alla luce delle nuove risultanze - e dopo aver esperito una nuova indagine economica - l'amministrazione AI si pronuncerà nuovamente sull'entità della rendita d'invalidità spettante all'assicurato a decorrere dal 1° febbraio 2019, nonché sul diritto ad essere ammesso al beneficio di provvedimenti professionali.

E. 7.1

Visto l'esito della procedura non vengono prelevate spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 800.-, versato il 2 ottobre 2019 (doc. TAF 4), è restituito al ricorrente.

E. 7.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 132 V 215 consid. 6.2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in 1'000 franchi, tenuto conto del lavoro effettivo ed utile svolto dal patrocinatore della ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.