

BVGer C-4586/2011 vom 7. November 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-11-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4586_2011

FR: TAF C-4586/2011 du 7 novembre 2012

IT: TAF C-4586/2011 del 7 novembre 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'interessata, ex frontiera, risiede nella zona di confine e la sua malattia è presente già da diverso tempo. L'Ufficio AI cantonale è dunque competente per esaminare sul merito la domanda di rendita. L'UAIE è competente per emanare e notificare le decisioni relative.

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'interessata ha versato l'anticipo delle presunte spese processuali di 400 franchi. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 3.1

La ricorrente è cittadina 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. 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 20 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). Tuttavia, il Tribunale può tenere conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b). In altri termini, dei fatti sopraggiunti posteriormente alla data della decisione dell'autorità inferiore devono non di meno essere presi in considerazione se sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5, 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2 nonché B 55/01 del 16 ottobre 2002 consid. 1.2; DTF 121 V 362 consid. 1b, DTF 118 V 200 consid. 3a in fine e DTF 99 V 98 consid. 4).

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 LPGGA), 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. 7.5

Una rendita limitata e/o crescente/decescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA e se ne deve pertanto seguire i principi. In base a tale norma, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modificazione che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o diminuita in misura corrispondente, oppure soppressa. Per l'art. 88a cpv. 1 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), se la capacità di guadagno migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il cambiamento 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. Il cpv. 2 di tale norma stabilisce che se la capacità di guadagno peggiora, occorre tener conto del cambiamento determinate il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole.

E. 7.6

Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere in caso di contestazione oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione venga accordata con effetto retroattivo ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta, esiste un'unica relazione giuridica; ciò vale

anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni recanti la stessa data (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

E. 8.1

L'interessata ha lavorato fino al 26 novembre 2009 e non ha ripreso l'attività per malattia. È stata poi licenziata per ristrutturazione aziendale. Per il seguito non ha più ripreso un'attività lucrativa. La sua situazione di salute era già considerata compromessa dopo il 2003. Gli ex datori di lavoro riferiscono del decadimento psico-fisico della dipendente nel rapporto allegato alla replica del 15 dicembre 2011 (doc. 7 inc. TAF) ed in un successivo rapporto datato 12 gennaio 2012 (doc. 10 inc. TAF).

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. 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.

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 tasso 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, l'interessata presenta, secondo il Dott. Quirici, medico psichiatra incaricato dall'UAI cantonale ad allestire una perizia (doc. 16) un episodio depressivo di media gravità (ICD 10 : F32.1). Secondo la Dott.ssa Santollino (perizia del 29 marzo 2011), psichiatra, la paziente presenta una sindrome depressiva persistente in assetto psicotico di personalità (ICD 10 : F34.9, F 20.6). La perizia della Dott.ssa Santollino è accompagnata dai risultati di testi psichiatrici eseguiti dalla psicologa Martini il 23 marzo 2011 (Test di Rorschach e Tematic Apperception test).

E. 9.2

Non è contestato dalle parti il riconoscimento del diritto alla rendita intera AI un anno dopo la cessazione dell'attività lucrativa, ossia da novembre 2010. Questo dato è dunque acquisito ed il collegio giudicante non ha motivi fondati per porre in dubbio tale valutazione. Resta contestata la riduzione del tasso d'invalidità al 50% a partire dal 1° marzo 2011.

E. 9.3

Per quanto concerne la riduzione del grado d'invalidità dopo il 1° marzo 2011 i pareri dei medici ad atti sono discordi. Il collegio giudicante si trova innanzi a due perizie che tuttavia divergono sia in materia diagnostica che valutativa. Ora, il parere dell'autorità inferiore che si basa esclusivamente sul rapporto dei Dott. Billiter e Dott. Quirici non può essere seguito per più motivi.

E. 9.3.1

In primo luogo, non si può condividere l'affermazione del Dott. Billiter del servizio medico dell'UAI cantonale del 1° giugno 2011 secondo la quale dalla perizia della Dott.ssa Santollino non verrebbero oggettivati nuovi elementi clinici nel senso di un peggioramento dello stato di salute di natura. Infatti, il quadro patologico e la diagnosi formulata dalla Dott.ssa Santollino diverge da quella del Dott. Quirici. Già per questo motivo il Dott. Billiter avrebbe dovuto risottoporre il caso al Dott. Quirici con il rapporto della Dott.ssa Santollino ed i test allegati al fine di avere un chiarimento su questa divergenza. Vero è che la Cassa malati Helsana, alla luce della perizia del Dott. Quirici trasmessa dall'Ufficio AI cantonale confrontata con quella della Dott.ssa Santollino, aveva chiesto un parere complementare al Dott. Quirici, che ha risposto in data 12 aprile 2011. Questa documentazione si trova nell'incarto ricorso (cfr. doc. 14, inc. TAF). Tuttavia, la risposta del Dott. Quirici alla perizia della Dott.ssa Santollino non appare convincente. L'esperto si limita a confermare le conclusioni della sua perizia del 16 dicembre 2010 e si limita a suggerire che la paziente sia rivisitata dopo 12 mesi.

E. 9.3.2

In secondo luogo, il Dott. Quirici non spiega perché la situazione valetudinaria della paziente sarebbe migliorata dopo la data della sua perizia. Non vi è la prova di un parziale miglioramento. La perizia in parola manca di una descrizione dell'evoluzione dell'incidenza invalidante dell'affezioni da lui riscontrata. D'altro canto, la perizia della Dott.ssa Santollino precisa per quale motivo la paziente continua a non essere in grado di assumere determinati compiti. Le difficoltà di reinserimento professionale asserite dalla ricorrente sono credibili. Di particolare rilievo è la circostanza che l'interessata ha sempre cercato di dissimulare le proprie difficoltà. In questo contesto sono anche significative le dichiarazioni dell'ex datore di lavoro. Alla lettura dei due rapporti rimessi in sede di replica e successivamente si evince che l'interessata ha sempre voluto dissimulare l'insidiarsi della patologia psichica. La paziente glissa sugli aspetti deficitari delle proprie capacità di relazione delle quali, peraltro, non ha consapevolezza. Parimenti sono ancora presenti elementi di rallentamento in diversi settori esaminati.

E. 9.3.3

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 OAI).

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'interessata dopo il 28 febbraio 2011, data di riduzione della rendita AI da intera alla metà. Il diritto a una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° novembre 2010 fino al 28 febbraio 2011, che non è contestato dalle parti, può invece essere confermato (cfr. consid. 9.2).

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). L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal 28 febbraio 2011 (data di riduzione della prestazione AI), fino alla data dell'impugnata decisione (20 giugno 2011). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine la ricorrente dovrà essere sottoposta ad una perizia approfondita in psichiatria. Un aggiornamento dello stato di salute generale appare pure necessario. 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. L'anticipo di 400 franchi versato dalla ricorrente il 16 gennaio 2012 le viene restituito.

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.