

BVGer C-5774/2008 vom 15. Januar 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-01-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5774_2008

FR: TAF C-5774/2008 du 15 janvier 2010

IT: TAF C-5774/2008 del 15 gennaio 2010

Regeste

Assicurazione per l'invalidità (AI)

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 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 al TAF 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). La nominata ha versato l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali, entro il termine impartito. 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 (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). 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). L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALCP 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. 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 (V 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 (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

E. 5.1

Va ricordato che, 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. 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'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 svizzero o dell'UE e vi risiede.

E. 5.3

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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

E. 5.4

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.

E. 6.1

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

E. 6.2

Una domanda di revisione è esaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità; OAI, RS 831.201). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). La costante giurisprudenza ha stabilito che per giudicare se vi sono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità si deve tenere conto del lasso di tempo intercorso tra la decisione precedente e quella che rifiuta di entrare in materia sulla domanda di revisione: gli indizi devono essere più circostanziati quando questo lasso di tempo è breve (Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 2002 IV n. 10 consid. 1c/aa non pubblicato in DTF 127 V 294). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGGA, art. 87ss. OAI, Pratique VSI 1999 pag. 8, DTF 117 V 198). In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336).

E. 6.3

Il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni è costituito dall'ultima decisione che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V 108 consid. 5.4).

E. 7.1

Il collegio giudicante rileva preliminarmente che, nonostante il tenore della decisione dell'11 agosto 2008, l'amministrazione è entrata nel merito della richiesta di revisione della rendita di A._____. Visti i documenti medici prodotti dalla richiedente, l'UAIE ha ritenuto opportuno di sottoporre l'incarto al proprio medico, Dott. Lehmann, che, nel suo rapporto del 16 giugno 2008 (doc. 59), ha esaminato i referti menzionati. Dopo il progetto di decisione del 19 giugno 2008 e l'acquisizione ad atti di alcuni documenti dell'INSAI/SUVA, il Dott. Lehmann si è ancora espresso in modo più approfondito nel rapporto del 7 agosto 2008 (doc. 65). Così procedendo l'amministrazione ha quindi reso superfluo l'esame della questione se essa aveva, a ragione o a torto, dichiarato di non entrare in materia sulla richiesta di revisione della rendita (DTF 109 V 114 consid. 1b).

E. 7.2

Conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 6.3, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 10 giugno 2003 (data in cui l'UAI ha erogato la mezza rendita AI dal 1° gennaio 2001) e l'11 agosto 2008 (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). Va precisato che la procedura revisione del 2006 non ha rilevato sostanziali mutamenti della capacità di lavoro e di guadagno dell'assicurata e si è conclusa con una semplice comunicazione di mantenimento della rendita in corso del 12 dicembre 2006. Questa data non può essere ritenuta quale punto di riferimento.

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; Pratique VSI 2001 p. 109).

E. 9

L'interessata non ha più lavorato dopo il rimpatrio.

E. 9.1

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; DTF 128 V 30). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

E. 10.1

Nel riconoscere inizialmente la mezza rendita AI, l'autorità amministrativa si era fondata su di una documentazione medica dalla quale traspariva che l'assicurata era portatrice di gravi postumi algico disfunzionali da pregressa frattura trimalleolare (1999) sinistra, trattata con osteosintesi, artrosi con osteoporosi, rachialgia da alterata deambulazione, nevrosi d'ansia reattiva.

E. 10.2

Attualmente, oltre al precedente quadro diagnostico, l'assicurata fa perno sulla circostanza che, in base a radiografie inviate all'INSAI/SUVA (articolazione tibiotarsica sinistra del 25 febbraio 2008), visionate dal medico consulente di tale istituto (Dott. Sieber, doc. 61), vi sarebbe una ripresa di un processo degenerativo artrosico che giustificerebbe un intervento chirurgico (artrodesi) a carico dell'assicuratore infortuni (doc. 62).

E. 11.1

Come viene rilevato dal Dott. Lehmann, l'unica novità dal punto di vista diagnostico consiste nell'eventualità di tale intervento in seguito ad una ripresa del processo artrosico (aumento degli osteofiti nella regione del collo dell'astragalo). Ora, il quadro patologico, a parte tale situazione, è rimasto sostanzialmente uguale dal punto di vista della capacità di lavoro. Chiaro è, come nel passato, che l'interessata non può svolgere attività che la impegnino in spostamenti frequenti, non può restare su posizioni erette per lungo tempo e praticamente a lei sono indicati solo determinati lavori semplici, essenzialmente sedentari o in posizione alternata. Il nuovo quadro emerso con la domanda di rendita, giustificerebbe forse un nuovo intervento chirurgico di artrodesi dell'articolazione talocrurale e subtalare, come lo indica il Dott. Sieber, ma tale circostanza non influirebbe, se non per poche settimane, sulla residua capacità di lavoro della nominata. Peraltro, non risulta dagli atti (AI od INSAI/SUVA) che l'assicurata si sia sottoposta all'intervento prospettato. Un semplice progredire del fenomeno artrosico, osserva il Dott. Lehmann, non giustifica un cambiamento della valutazione globale della capacità di lavoro dell'interessata.

E. 11.2

Con il ricorso, l'insorgente produce un rapporto del Dott. Blasi del 21 ottobre 2008 che nulla muta alla valutazione. Questo medico si sofferma su problemi concernenti presunte contraddizioni sanitarie. In ogni caso, come ancora una volta è stato affermato dal Dott. Lehmann, richiamato a pronunciarsi in sede ricorsuale (doc. 68), non è di per sé la eventuale necessità di un intervento di artrodesi che potrebbe giustificare un preteso peggioramento del quadro generale di salute e di capacità al lavoro dell'assicurata. Sia l'andatura zoppicante che le conseguenze di questo stato sull'avampiede e sulla colonna

vertebrale sottoforma di dolori, limitazioni funzionali e logoramento erano situazioni già presenti nel passato (2001/2004).

E. 11.3

In sostanza dunque, confrontando l'attuale situazione con quella rilevata all'epoca in cui la mezza rendita AI venne concessa, non sussistono documenti che abbiano dimostrato un eventuale peggioramento della situazione valetudinaria dell'assicurata. Il collegio giudicante non può dunque che confermare l'impugnata decisione, con sostituzione dei motivi, nel senso che il grado d'invalidità affliggente A._____ non ha subito mutamenti determinanti il diritto a prestazioni ai sensi dell'art. 17 LPGA. Il ricorso deve essere dunque respinto. Il ricorso in esame, manifestamente infondato, può essere risolto da un giudice unico in applicazione dell'art. 69 cpv. 2 LAI.

E. 12.1

Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono poste a carico della ricorrente e vengono compensate con l'anticipo versato il 7 aprile 2009.

E. 12.2

Visto l'esito del ricorso non si assegnano indennità per spese ripetibili. Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

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