

BVGer C-6956/2009 vom 4. November 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-11-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6956_2009

FR: TAF C-6956/2009 du 4 novembre 2010

IT: TAF C-6956/2009 del 4 novembre 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 (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 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). L'interessato ha versato l'anticipo delle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 3

Dopo la dissoluzione della Repubblica popolare federativa di Jugoslavia (RPFJ), in un primo tempo, sono rimaste applicabili ai cittadini dell'ex-Jugoslavia le disposizioni della Convenzione dell'8 giugno 1962 tra la Confederazione svizzera e la Repubblica popolare federativa di Jugoslavia concernenti le assicurazioni sociali (RS 0.831.109.818.1; DTF 126 V 203 consid. 2b, 122 V 382 consid. 1, 119 V 101 consid. 3). Nel frattempo la Svizzera ha concluso dei nuovi accordi riguardanti le assicurazioni sociali con una parte degli Stati che sono succeduti alla RPFJ, per esempio con la Croazia, la Slovenia e la Macedonia, ma non

con la Serbia. Per i cittadini serbi trova perciò ancora applicazione la Convenzione dell'8 giugno 1962. Secondo l'art. 2 della Convenzione, i cittadini svizzeri e jugoslavi godono della parità di trattamento quanto ai diritti e agli obblighi derivanti dalle legislazioni indicate nell'articolo 1, tra cui è contata anche la legislazione federale sull'assicurazione contro l'invalidità, salvo eccezioni previste dalla Convenzione o dal suo Protocollo finale. Rispetto alle condizioni del diritto ad una rendita d'invalidità svizzera e alle disposizioni procedurali applicabili, non esistono eccezioni al principio della parità di trattamento né nella Convenzione, né nel suo Protocollo finale.

E. 4

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora 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). Ne consegue che, il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

E. 5

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 27 settembre 2000. In deroga all'art. 24 LPGa, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) 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 27 settembre 1999 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 7 ottobre 2009, 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 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

E. 6.1

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 un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). 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, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo ad ogni modo superiore ad un anno. 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. 6.2

Per completezza deve essere aggiunto che fino al 31 dicembre 2000, un richiedente doveva adempiere anche la cosiddetta clausola assicurativa e essere assicurato, al momento dell'insorgere dell'invalidità, o presso l'AVS/AI svizzera o presso le assicurazioni sociali

iugoslave, ai sensi dell'art. 8 lett. b e f della Convenzione svizzero-iugoslava sopra menzionata. In base alle Disposizioni transitorie del 23 giugno 2000 relative alle modifiche della LAI (cpv. 4), le persone che non avevano diritto ad una rendita poiché non erano assicurate al momento dell'insorgenza dell'invalidità possono comunque beneficiare di una rendita AI. Il diritto sorge tuttavia al più presto con l'entrata in vigore della modifica legislativa, ovvero il 1° gennaio 2001.

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'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; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), 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. Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, l'assicurato aveva diritto ad una rendita intera se era invalido per almeno i due terzi (66,67%), ad una mezza rendita se era invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se era invalido in misura del 40% almeno (art. 28 cpv. 1 LAI in vigore fino al 31 dicembre 2003).

E. 7.3

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). A partire dal 1° gennaio 2008, 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%.

E. 7.4

Il periodo di attesa può decorrere dal momento in cui l'assicurato subisce una diminuzione significativa del suo rendimento nella professione esercitata e questo periodo d'attesa può iniziare anche indipendentemente dal fatto che l'interessato lavori (DTF 105 V 159 consid. 2a, confermato in DTF 121 V 264 consid. 6b/bb). Il periodo di attesa può quindi iniziare anche quando l'assicurato non subisce ancora una perdita di guadagno. La prassi considera che una diminuzione della capacità di lavoro del 20% è da considerarsi una diminuzione

significativa (Pratique VSI 1998 pag. 126). Anche se l'anno di carenza può decorrere dall'insorgere dell'incapacità lavorativa, il diritto alla rendita comunque non potrà insorgere che dopo che l'assicurato presenti un'incapacità di guadagno del 40% almeno per un anno (art. 28 LAI).

E. 7.5

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 oggettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 7.6

Una rendita limitata e/o crescente 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. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), se la capacità di guadagno peggiora, occorre tener conto del cambiamento determinato il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole.

E. 8.1

L'interessato non ha più lavorato dopo il 23 novembre 1999 per motivi personali (doc. 36 e 212, sulle circostanze delle sue dimissioni vedi doc. 3, 103 e 212). Vero è che in quel periodo, l'interessato ha avuto problemi di salute (segnatamente dei dolori alla schiena), ma non di carattere invalidante permanente (cfr. doc. 2, 6-10).

E. 8.2

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), 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).

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, 122 V 160).

E. 9.1

Nel caso in esame, è stata sostanzialmente evidenziata la diagnosi di lombalgie croniche in un contesto di disturbi degenerativi del rachide in toto con presenza di ernie discali L4-L5 e L5-S1, cifoscoliosi, assenza di compromissione neurologica, sindrome del dolore somatoforme con evidenti segni di aggravamento, ma senza una sindrome ansio-depressiva od altro quadro psicopatologico maggiore, insufficienza arteriosa agli arti inferiori complicata da claudicatio intermittens (cfr. perizie dei Dott.ri Goldinger del 21 novembre 2001, Dagnet del 21 aprile 2002; rapporti del 21 aprile 2009 della Accademia medica militare di Belgrado; rapporti dei Dott.ri Luisoli, Lurati e Sereni-Keller degli uffici AI cantonale e per gli assicurati residenti all'estero).

E. 9.2

Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007). 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 potrebbe 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. 10.1

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, va rilevato come il ricorrente sostenga di essere invalido perlomeno dagli anni 2000-2001. Pochi documenti medici corroborano tuttavia il suo parere. In pratica solo il Dott. Bonassin, medico curante dal 2000, sostiene che il paziente è da considerarsi invalido in misura praticamente totale, ma spesso si riferiva all'attività di muratore/piastrellista, come ha avuto modo di ribadire in una lettera del 7 aprile 2003 al TCA, facendo allusione ai precedenti rapporti (doc. 120). Momenti di incapacità di lavoro completa si sono verificati nel corso della sua attività, ma si tratta di periodi brevi e non significativi.

E. 10.2

Per valutare la capacità di lavoro residua dal punto di vista medico, già a partire dalla cessazione (volontaria) dell'attività lucrativa, l'UAI ticinese ha ritenuto utile fare eseguire due perizie reumatologica e psichiatrica, rispettivamente dai Dott.ri Goldinger e Daguet. Dalle stesse è risultato che l'interessato non avrebbe più potuto svolgere il suo precedente lavoro di muratore/piastrellista se non in misura ridotta. Va quindi ammesso che al momento in cui le suddette perizie vennero effettuate (novembre 2001 e aprile 2002), non si sarebbe più potuto pretendere che l'assicurato tornasse ad esercitare il suo mestiere. Per quanto riguarda un'attività di sostituzione, sia l'uno che l'altro esperto, pur esprimendo qualche dubbio dovuto, più che altro, all'assenza di motivazione da parte del peritando, concludono che A. _____ sarebbe stato in grado di svolgere attività di tipo leggero, prevalentemente sedentarie o semisedentarie in misura completa. Le limitazioni dovute alla patologia somatica sono indicate dal Dott. Goldinger. Senza entrare nel merito dell'approfondito esame clinico (e radiologico), si annota che l'esperto reumatologo ha precisato che sussiste un certo limite alla forza fisica del paziente con ripercussioni sulla capacità di lavoro. Il paziente, osserva il Dott. Goldinger, non può alzare pesi dal suolo superiori ai 10-12 kg, può effettuare movimenti di flessione del tronco solo ad un ritmo ridotto, è impedito a svolgere lavori in flessione od estensione lombare prolungate; però può effettuare lavori in posizione inginocchiata, come pure lavori in piedi o seduto anche per un'ora senza interruzione, può salire e scendere scale normali o a pioli senza impedimento e può far uso della braccia e delle mani in misura normale. Il paziente assume tuttavia un atteggiamento difensivo e dimostrativo, lasciando trasparire tratti di teatralità, come pure un'evidente simulazione. Non si entrerà nel dettaglio di questi ultimi risvolti delle doglianze dell'interessato, già ampiamente riportate nella relazione del Dott. Goldinger. Rispettando dunque i limiti indicati dal reumatologo, il paziente era da considerarsi abile al 100% in attività di sostituzione. Tuttavia il Dott. Goldinger esprimeva qualche dubbio circa l'incipiente arteriopatia obliterante agli arti inferiori, patologia comunque (allora) senza influsso determinante sulla valutazione operata. In questo ultimo senso, sarà comunque il TFA che esigerà, con sentenza del 31 gennaio 2005 (a più di 4 anni dalla perizia del reumatologo), un approfondimento, in esito anche a pareri pervenuti nel 2004. Sotto il profilo psichiatrico, il Dott. Daguet riteneva pure una capacità di lavoro del 100% teorica. Egli esprimeva tuttavia dei dubbi circa le reali possibilità del peritando di riprendere un lavoro, ma ciò era dovuto alle tendenze rivendicative del paziente ed il suo non nascosto desiderio di tornare al suo Paese d'origine con una rendita d'invalidità. L'indagine psichiatrica non ha posto in luce patologie maggiori di tipo invalidante. L'eloquio è spontaneo, rivendicativo nei confronti di più medici che si sono occupati del suo caso, non manifesta comunque segni di ansia; tono dell'umore, carica vitale, potenzialità mnemoniche, facoltà di concentrazione e molte altre investigazioni tipiche dell'esame psichiatrico sono perfettamente nella norma. Il paziente è simulante e manifestamente teatrale. A prescindere dunque dalla problematica flebologica, che al momento delle due perizie non era da ritenersi invalidante (come lo si vedrà nel considerando successivo), l'interessato era dunque in grado di assumere un'attività rispettosa dei limiti indicati dal Dott. Goldinger.

E. 10.3

In seguito alla sentenza del TFA è stata ordinata un'indagine pluridisciplinare che esaminasse, in particolare, la patologia flebologica. Deve essere osservato che la perizia

domandata dal TFA non ha potuto essere svolta in modo adeguato. Dapprima l'interessato, rimpatriato nel novembre 2005, si è opposto ad una perizia presso il SAM di Bellinzona in ragione di non meglio investigate cattive condizioni di salute (cfr. certificato del Dott. Stojadinovic del 19 aprile 2006, doc. 207). L'amministrazione, nell'ottobre 2006, ha poi disposto una visita presso l'assicurazione sociale serba di Belgrado, organismo di collegamento convenzionale (Rep. Fond Penziusko Invalidsko Osiguranja Zaposlenih). Malgrado numerosi solleciti e diffide da parte dell'UAIE, detto organismo sanitario non ha eseguito gli accertamenti richiesti (doc. 249, 258, 262, 269, 271). In esito ad accordi poi intervenuti fra l'UAIE, l'assicurato stesso ed i suoi familiari, nonché il medico curante in Svizzera (Dott. Bonassin), l'accertamento è stato affidato, nell'ottobre 2008, all'Accademia medico-militare di Belgrado (doc. 278 e seg.). La visita è avvenuta il 21 aprile 2009. Gli esami specialistici nelle tre discipline chieste dal TFA e dall'amministrazione sono stati effettuati, ma risultano poco soddisfacenti. L'11 giugno 2009, la Dott.ssa Sereni-Keller, dell'UAIE, ha ripreso in esame l'incartamento con i risultati giunti dalla Serbia. La stessa, ricollegandosi a un parere dettagliato del Dott. Lurati (29 agosto 2005, doc. 177), ha proposto di ammettere un'incapacità totale da luglio 2004.

E. 10.4

La materia del contendere verte sulla decorrenza di tale incapacità al lavoro. L'interessato sostiene di essere invalido dal 2000-2001 e chiede il riconoscimento della rendita intera AI da novembre 2001. L'UAIE ha invece riconosciuto il diritto alla rendita intera solo a partire dal 1° luglio 2005, ossia un anno dopo il fattore invalidante. Secondo l'amministrazione, prima del luglio 2004, l'assicurato era in grado di svolgere attività di tipo leggero in misura completa. La Dott.ssa Sereni-Keller ed il Dott. Lurati osservano che un aggravamento delle condizioni di salute è dimostrato dal primo (breve) rapporto del Dott. Pedrotti, angioflebologo, del 27 luglio 2004, in esito alla patologia flebitica. Prima di questa data, non vi sono elementi che possano far ritenere un'incapacità lavorativa in un'attività di sostituzione. Il ricorrente sostiene che lo stesso Dott. Pedrotti rileva che "il paziente da almeno 5 anni lamenta dolori alle gambe ...". Ora, ciò non significa che l'insorgente fosse invalido al cento per cento 5 anni prima del luglio 2004. Verosimilmente, la patologia flebitica si è aggravata ben dopo le perizie dei Dott.ri Goldinger e Daguët. Lo stesso medico curante (Dott. Bonassin), per esempio, in un dettagliato rapporto del 7 aprile 2003 al TCA (doc. 120), relegava la patologia in questione a semplice diagnosi clinica non suffragata da esami più approfonditi; nel contempo, esprimendo il suo parere, su richiesta del proprio paziente, proponeva di ammettere "un caso di rigore" e di accordare un tasso d'invalidità del 41%. Peraltro, il medico in questione si riferiva all'incapacità come piastrellista. Lo stesso medico di fiducia del nominato, in un successivo rapporto all'Ufficio AI ticinese del 2 novembre 2004 (doc. 164), ammetteva che due anni e mezzo dopo la sintomatologia notata dal Dott. Goldinger, questa è andata aumentando fino a diventare una vera e propria urgenza medica. La circostanza quindi che l'amministrazione si sia fondata sul primo rapporto del Dott. Pedrotti al Dott. Bonassin (27 luglio 2004) appare tutelabile. Del resto, si tratta del primo esame specialistico richiesto dal medico curante. I riferimenti menzionati dal ricorrente sono invece privi di riscontro obiettivo. Per dimostrare la gravità del suo stato di salute, egli menziona diverse visite ortopediche/reumatologiche, radiologiche, nonché interventi curativi (iniezioni) volti ad alleviare i dolori dorsali. L'interessato denuncia inoltre gli errori di alcuni medici che si sono occupati del suo caso che gli avrebbero procurato il blocco e l'otturazione delle arterie inferiori (cfr. in particolare doc. 355 a 357A). Lo scrivente Tribunale non è l'autorità indicata per fare valere le rivalse

menzionate. Non corrisponde poi al vero l'asserzione secondo la quale il Dott. Goldinger avrebbe cercato di misconoscere la severità della patologia flebitica (doc. 359). Egli l'aveva notata ma la stessa, sebbene non ne avesse la competenza specialistica, non era ancora di gravità tale da giustificare un'incapacità di lavoro. A questo proposito, questo collegio giudicante osserva che anche un medico non specialista è in grado di valutare se una determinata patologia causi un'evidente debilitazione, per esempio motoria, algica od altro. Per il resto, i frequenti scritti dell'interessato (cfr. segnatamente "l'opposizione" ed il ricorso) si dilungano in denunce di più persone che sarebbero causa sia di errori medici che di procedura. Il 14 settembre 2009, riprendendo in esame l'incarto e le critiche mosse dall'assicurato, la Dott.ssa Sereni-Keller ha confermato che, a parte le modeste limitazioni funzionali menzionate dal Dott. Goldinger, a quell'epoca il peritando sarebbe stato in grado di svolgere una molteplice gamma di attività di sostituzione in misura del 100%. La scarsa motivazione per il lavoro, la simulazione, la teatralità, la tendenza rivendicativa nei confronti di organi assicurativi non sono elementi questi (ricordati dai Dott.ri Daguët, Goldinger e da altri sanitari) che confortano l'eventuale riconoscimento di un tasso d'invalidità elevato prima di luglio 2004. Il collegio giudicante, sulla scorta dei pareri medici surriferiti ritiene che dal punto di vista medico teorico, l'interessato, almeno fino a luglio 2004, avrebbe potuto svolgere, in misura completa, attività di tipo leggero, semisedentario, nei limiti ammessi dal Dott. Goldinger. Si tratta di attività ripetitive, non qualificate, quali quella di operaio addetto al controllo di macchine di produzione automatica, operaio addetto all'imballaggio di piccoli oggetti, portiere d'albergo, addetto alla ricezione in portinerie di ditte, fattorino in ditta privata; custode di museo o di parcheggio, aiuto magazziniere (cfr. anche il rapporto del CIP del 4 novembre 2002, doc. 103).

E. 10.5

Il ricorrente chiede inoltre di acquisire agli atti la documentazione medica relativa al 1999 presso l'ospedale di Lugano. A questa data avrebbe cominciato ad accusare i primi problemi alla colonna vertebrale. Alla luce di quanto esposto al considerando precedente, l'assunzione pendente causa di ricorso di ulteriori mezzi di prova, in particolare di documenti risalenti a più di 10 anni fa, non risulta necessaria, contrariamente a quanto sostenuto dall'insorgente (sulla valutazione anticipata delle prove: DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d con i rif.; SVR 2001 IV n. 10, p. 27). Del resto, neppure il Tribunale federale nella sua sentenza del 31 gennaio 2005 lo aveva richiesto.

E. 11.1

L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione d'eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPGA).

E. 11.2

Occorre pertanto esaminare se, nell'ambito di attività di sostituzione, l'insorgente presenti un'incapacità di guadagno di rilievo prima del 1° luglio 2005 (data di riconoscimento del diritto alla rendita intera AI) e ciò in considerazione, eventualmente, delle norme giurisprudenziali menzionate al considerando 7.4.

E. 11.3.1

Di regola, è ritenuto reddito senza invalidità il salario realmente percepito prima dell'insorgere del danno alla salute, aggiornato al momento determinante per il calcolo dell'invalidità e adeguato all'evoluzione dei salari nominali del settore interessato (tra gli altri VSI 2000 p. 310). Nella fattispecie, l'amministrazione ha considerato (vedi calcolo effettuato il 4 novembre 2002, doc. 103) un importo di Fr. 68'754.- quale salario privo d'invalidità. Questo dato non è mai stato contestato dall'insorgente e, peraltro, è quello che venne ammesso nella sentenza del TCA nella sentenza del 28 novembre 2003 (consid. 2 10, doc. 139). Va tuttavia rilevato che non è corretto ritenere i dati del 2002, ossia l'importo che l'interessato avrebbe percepito nella stessa ditta se non fosse intervenuta l'incapacità di lavoro. Come lo stesso TCA l'ha osservato (doc. 139, pag. 18 e consid. 2.4 in fine), in ossequio della giurisprudenza del TFA (DTF 129 V 222), bisogna prendere in considerazione il momento dell'eventuale inizio del diritto alla rendita. Pertanto, si riterrà in questa sede il salario che l'interessato avrebbe potuto ottenere, se avesse regolarmente lavorato nel 2000. Questo è stabilito in base all'introito del 1999 (Fr. 67'085,38, senza malattia, doc. 36) adeguato all'indicizzazione (1,3%), ossia Fr. 67'957,48.

E. 11.3.2

Quale reddito da invalido l'UAI cantonale ha ritenuto quello ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate e ripetitive. Anche in questo caso, il calcolo effettuato dall'amministrazione (doc. 103) deve essere corretto. Non solo vanno ritenuti i dati del 2000, per ovviamente rispettare una parità annuale di paragone con il salario precedente l'invalidità, ma non possono essere ritenuti i dati regionali, come indicato dall'Ufficio AI e confermato dal TCA. Infatti, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale (RSAS 2007 pag. 64), occorre fare applicazione dei dati nazionali (tabelle TA1 edite dall'Ufficio federale di statistica). Queste attività comportano un salario medio mensile (anno 2000) di Fr. 4'437.-. Per 12 mesi si ottiene un introito di Fr. 53'244.-. A sua volta questa somma deve essere adeguata a 41,8 ore settimanali, in quanto le statistiche si basano su di un salario standardizzato di 40 ore (La Vie économique tabella B9.2, concernenti la durata media di lavoro in Svizzera). Ne consegue un salario di Fr. 55'639,98. Questo introito teorico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap. L'amministrazione già aveva operato una riduzione del 10%, ciò che può essere condiviso, viste le circostanze presenti nel 2000, anno di riferimento. Peraltro, gli organi amministrativi AI (per esempio il CIP) godono di un'ampia autonomia nel determinare il grado di riduzione per fattori personali, che l'autorità di ricorso non può rivedere se non per motivi fondati. Ne consegue dunque un reddito teorico annuale dopo l'insorgenza dell'invalidità di Fr. 50'075,98. Il confronto fra un reddito privo d'invalidità di Fr. 67'957,48 ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Fr. 50'075,98, comporta una perdita di guadagno del 26,31%. Prima del 27 luglio 2004, l'interessato presentava dunque una perdita di guadagno del 26,31% insufficiente per avere diritto a una rendita d'invalidità.

E. 11.4

Per quel che concerne il diritto a prestazioni, come indicato ai consid. 7.4 e 7.6, ritenute le disposizioni dell'art. 88a cpv. 1 e 2 OAI, il diritto alla rendita deve essere riconosciuto al momento in cui l'assicurato, dopo un anno, presenta una perdita di guadagno giusta l'art. 28 LAI (40% almeno). L'amministrazione ha preso atto che l'interessato non poteva esercitare il suo mestiere di muratore/piastrellista da quando ha smesso di lavorare ed ha quindi ammesso l'esistenza di una diminuzione significativa della capacità di lavoro (del 20%) a

partire da tale data. L'assicurato raggiunge la percentuale media del 40% d'invalidità durante un anno, considerando una perdita di guadagno totale dal 27 luglio 2004 compreso (data del certificato del Dott. Pedrotti), dopo 66 giorni, quindi il 30 settembre 2004. Deve pertanto essergli riconosciuto il diritto al quarto di rendita a partire dal 1° settembre di quell'anno. Dopo il periodo di tre mesi di peggioramento dell'incapacità di guadagno il diritto alla rendita intera sorge il 1° dicembre 2004 (art. 88a cpv. 2 OAI).

E. 11.5

In queste circostanze il ricorso deve essere parzialmente accolto e l'impugnata decisione riformata, nel senso che A. _____ ha diritto al quarto di rendita AI dal 1° settembre 2004 ed alla rendita intera AI dal 1° dicembre 2004.

E. 12.1

Il ricorrente osserva che l'esito di questa vertenza avrebbe un influsso sulle sue prestazioni di previdenza professionale. Questo non può essere escluso a priori visto che la nozione d'invalidità è la stessa nell'ambito delle assicurazioni sociali e, a certe condizioni, l'istituto di previdenza professionale può essere vincolato dalla valutazione dell'assicurazione invalidità (DTF 134 V 153). Tuttavia, è patente che questa censura esula dal potere di esame dello scrivente Tribunale e dovrà essere esaminata, all'occorrenza, dall'istituto di previdenza professionale.

E. 12.2

Il ricorrente censura inoltre l'importo della rendita d'invalidità facendo valere che un suo collega beneficerebbe di una rendita superiore. Postula inoltre di essere messo al beneficio della rendita minima di Fr. 1'050.-. Le censure del ricorrente non sono circostanziate e non è possibile per lo scrivente Tribunale di entrare sul merito delle stesse. Per quanto riguarda l'importo della rendita si deve rilevare che questa è calcolata sulla base di un periodo di contribuzione di 8 anni e 11 mesi, un reddito annuo medio determinante di Fr. 69'768.- e una scala rendite 11. L'insorgente non contesta queste basi di calcolo. Il raffronto con altri assicurati non è di alcun pregio anche perché non si conoscono le modalità di calcolo dell'assicurato a cui si riferisce l'insorgente. Circa la richiesta di beneficiare di una rendita minima, va precisato che l'importo di Fr. 1'050.- (recte 1'075.-) è da mettere in relazione alla rendita minima della scala massima 44, ora l'insorgente beneficia della scala 11, il cui importo minimo era di Fr. 269.- nel 2005 per un reddito inferiore a Fr. 12'900.- (Tavole sulle rendite del 2005 edite dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali).

E. 13.1

Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. L'anticipo di Fr. 300.-, versato dal ricorrente il 24 marzo 2010 gli viene restituito.

E. 13.2

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. La norma si riferisce, segnatamente, alle spese in sede di ricorso e non a quelle precedenti, come pure le indennità di rappresentanza professionale. L'interessato ha chiesto il rimborso delle spese sostenute con il ricorso, ma non le ha dimostrate. Peraltro egli non è rappresentato da un legale professionista. Non si giustifica pertanto riconoscergli indennità per spese ripetibili.

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