

BVGer C-6957/2007 vom 20. November 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-11-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6957_2007

FR: TAF C-6957/2007 du 20 novembre 2009

IT: TAF C-6957/2007 del 20 novembre 2009

Regeste

Assicurazione per l'invalidità (altro)

Erwägungen

E. 1.1

In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

E. 1.2

Giusta l'art. 40 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), 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 e il danno alla salute risalga all'epoca della loro attività frontaliera. L'ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero notifica le decisioni. Nella specie, il ricorrente ha esercitato da ultimo un'attività al beneficio di un permesso quale frontaliere ed abita tuttora nella zona di frontiera, l'UAIE è pertanto competente per la notifica della decisione.

E. 1.3

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). 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. 1.4

Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti

indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

E. 1.5

In concreto, il ricorso è ammissibile, nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGa, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 300.- relativo alle spese processuali, è stato versato nei termini.

E. 2.1

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). Trattasi 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 del Regolamento CEE n° 1408/71).

E. 2.2

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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). 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).

E. 2.3

L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC 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. 2.4

Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.1

Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

E. 3.2

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI e della LPGA, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

E. 4

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE del'11 settembre 2007, e chiede che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità.

E. 5

Secondo l'art. 24 cpv. 1 LPGA, il diritto a prestazioni si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione. In deroga a questa disposizione, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta. In concreto, il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 26 giugno 2006. Questo Tribunale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 26 giugno 2005 (ossia dodici mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e l'11 settembre 2007, data della decisione su opposizione 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).

E. 6

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere, cumulativamente, le seguenti condizioni: - essere invalido ai sensi della legge svizzera; - aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI). In concreto, è pacifico che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita.

E. 7

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. 7.1

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). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter 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'Unione europea e vi risiede.

E. 7.2

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 lettera a si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la lettera b 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).

E. 7.3

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 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.

E. 7.4

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, 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, 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. 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. 7.5

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

del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

E. 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; VSI 2001 p. 109).

E. 9

In concreto, il ricorrente ha esercitato l'attività d'imbianchino per l'impresa individuale "... " dal 18 aprile al 19 luglio 2005, e da allora non ha più lavorato (doc. 16).

E. 9.1

Dalla documentazione medica all'incarto e, in particolare, dalla perizia pluridisciplinare del SAM del 30 marzo 2007 (doc. 24/1 a 29), emerge sostanzialmente la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di patologia psichiatrica dello spettro bipolare, di lombalgie, di cervicalgie e di gonalgie a sinistra. Questa diagnosi è univoca agli atti, non contestata dal ricorrente, per cui il collegio giudicante non intravede motivi per discostarsene. Ciò detto, nel quadro della presente procedura, il ricorrente ha prodotto un rapporto del dott. H. _____, del 28 novembre 2007, in cui è avanzato un nuovo elemento diagnostico, ossia una lesione del corno posteriore del menisco mediale del ginocchio destro. Considerato però che, secondo i termini stessi del rapporto, questa nuova affezione è stata diagnostica recentemente, anche tramite risonanza magnetica nucleare del 10 ottobre 2007, essa esorbita, come del resto sostenuto dalla SVA nella sua risposta al ricorso, dal periodo d'esame che vincola questo Tribunale e il quale si protrae solamente fino all'11 settembre 2007, data della decisione impugnata (DTF 130 V 445). Ne consegue che l'affezione del ginocchio destro non può essere considerata come parte integrante della diagnosi determinante in questa sede.

E. 9.2

È opportuno rammentare che le affezioni diagnosticate dal SAM devono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. 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 dell'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 affezioni diagnosticate, nella perizia del 30 marzo 2007, i medici del SAM hanno concluso ad una capacità lavorativa dell'80%, come imbianchino e ciò dall'estate 2006. Essi hanno affermato che tale diminuzione della capacità lavorativa è causata soprattutto dalla patologia psichiatrica e, in misura minore, dalla patologia reumatica, precisando che, dal lato psichiatrico, si è in presenza di una diminuzione soggettiva delle funzioni cognitive e di una leggera quota ansiosa somatizzata. I periti hanno poi rilevato che, tra l'estate 2005 e l'estate 2006, il ricorrente ha manifestato dei disturbi produttivi dello spettro bipolare, i quali hanno inciso in maniera preponderante sul suo funzionamento psicologico, riducendo la sua capacità lavorativa al 20-30%, ma che successivamente, grazie al miglioramento dello stato di salute, l'incapacità lavorativa del ricorrente è andata scemando. Essi hanno inoltre precisato che, dopo essere stato preso a carico da un nuovo psichiatra e con l'introduzione di un'opportuna terapia psicofarmacologica a base di antidepressivi e stabilizzatori dell'umore, il ricorrente ha beneficiato di un netto miglioramento del suo stato psichico, concludendo che la continuazione di tale terapia risulta essere d'importanza fondamentale. Dal lato reumatologico, i medici del SAM hanno considerato che sussiste una lieve riduzione della capacità lavorativa, giustificata da una limitazione funzionale in attività particolarmente pesanti o in lavori che presuppongono posizioni ergonomiche sfavorevoli prolungate o continui movimenti di flessione e rotazione lombare. Essi hanno aggiunto che, anche in attività rispettose di questi limiti, la capacità lavorativa è la massimo dell'80% dall'estate 2006, sottolineando che, per il periodo dall'estate 2005, i problemi reumatologici non hanno influito sulla capacità lavorativa. Pur ritenendo un grado d'invalidità generale del 55% nella perizia E 213 (doc. 20/2), la dott.ssa C. _____ aveva d'altronde già considerato che il ricorrente era atto a svolgere lavori leggeri a tempo pieno, purché non stressanti, a partire dal 3 luglio 2006, sulla base delle limitazioni nel funzionamento sociale e lavorativo per la patologia psichica e nei movimenti del rachide lombare per quella osteoarticolare. Dal canto suo, la dott.ssa R. _____ ha osservato, nel suo certificato del 9 agosto 2007 (doc. 32/2), che il ricorrente risulta essere tuttora incapace di lavorare. Invitato ad esprimersi in proposito, il RAD ha considerato, con presa di posizione del 30 agosto 2007 (doc. 38/11 a 13), che non si evincono nuovi elementi diagnostici dal detto certificato, per cui non è possibile giungere a conclusioni diverse da quelle del SAM in merito alla capacità lavorativa del ricorrente.

E. 10.2

Alla luce di queste considerazioni, il collegio giudicante non può che aderire alle conclusioni del medico dell'INPS e dei medici del SAM, riconoscendo che la capacità lavorativa del ricorrente è pari almeno all'80% dal 3 luglio 2006 in attività confacenti.

E. 11.1

A titolo abbondanziale, anche tenendo conto di una capacità lavorativa del 75%, come nella decisione impugnata, ed indicizzando al 2006 i dati salariali forniti dal datore di lavoro per il 2005, come ha fatto la SVA nella sua risposta al ricorso, risulta un grado d'invalidità del

28%, il quale non dà diritto all'ottenimento di una rendita d'invalidità.

E. 11.2

In conformità con quanto precede, questo Tribunale conclude che, al termine del periodo di carenza di un anno, ossia il 19 luglio 2006 (art. 29 cpv. 1 lett. b LAI), il grado d'invalidità del ricorrente non raggiunge il 40%, ed è quindi a ragione che gli è stato negato il diritto ad una rendita d'invalidità.

E. 12

Di conseguenza, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata. Occorre rilevare, come già fatto dalla SVA nella sua risposta al ricorso, che il ricorrente può presentare, in relazione ai disturbi del ginocchio destro, una nuova domanda di rendita all'ufficio AI competente.

E. 13

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura che vede il ricorrente soccombere, le spese processuali di Fr. 300.- sono poste a carico di quest'ultimo e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 2 maggio 2008. In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Visto l'esito della procedura, non si assegnano al ricorrente indennità per spese ripetibili. Per quanto 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.