

BVGer C-69/2010 vom 19. November 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-11-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-69_2010

FR: TAF C-69/2010 du 19 novembre 2009

IT: TAF C-69/2010 del 19 novembre 2009

Regeste

Diritto alla rendita

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

Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

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). In conformità con 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. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché 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 nel termine impartito.

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). 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 i cittadini di uno Stato membro della Comunità europea, ivi risiedenti, ed i cittadini svizzeri (art. 2 e 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 italiano 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

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5a revisione) ed in vigore dal 1° gennaio 2008, 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 (DTF 130 V 445 consid. 1.2).

E. 4

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità.

E. 5

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; - avere versato contributi all'AVS/AI svizzera durante almeno 3 anni (art. 36 LAI). A tale 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). In concreto, è pacifico che il ricorrente 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. 6.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 6.2

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'ALC, 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. 6.3

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 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 sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

E. 6.4

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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7

LPGA 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 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 6.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 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, 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 (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 p. 84). 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. 7

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 pag. 109).

E. 8.1

In concreto, il ricorrente ha cessato il proprio lavoro in Italia nel maggio 2004 e, da allora, non ha più ripreso alcuna attività lucrativa, per cui occorre fondarsi sui documenti medici al fine di valutare la sua capacità lavorativa (cfr. consid. 6.5).

E. 8.2

Ora, dalla documentazione medica all'incarto e, principalmente, dalla perizia medica particolareggiata E 213 del dott. B._____, medico dell'INPS, del 5 giugno 2009 (doc. 29), e dai rapporti del dott. C._____, medico generalista dell'UAIE, dell'8 settembre 2009 e del 19 marzo 2010 (doc. 34 e 38), si evince, in sostanza, la diagnosi d'epatite steatosica, d'ipertensione arteriosa, di poliartralgia degenerativa e di sindrome depressiva. Questa diagnosi è univoca agli atti e non contestata dal ricorrente, per cui il collegio giudicante non può che aderirvi. Sarà per contro necessario stabilire mediante complemento istruttorio, come precisato in seguito, se sussiste pure la fibromialgia menzionata nel certificato del 9 giugno 2009 (doc. 31) e nel rapporto del dott. D._____, medico chirurgo, dell'8 ottobre 2009, allegato al ricorso.

E. 8.3

Per costante giurisprudenza, le affezioni appena menzionate sono di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Così, nell'assenza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui abbia subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante un anno (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) e, al termine di questo anno, sia invalido almeno al 40% (art. 28 cpv. 1 lett. c LAI).

E. 8.4

Rispetto all'influenza delle dette affezioni sulla capacità lavorativa, nella perizia E 213 è riportato che il ricorrente non può più svolgere alcun lavoro, il suo grado d'invalidità essendo valutato, secondo il diritto italiano, al 70%. In essa è specificato che il ricorrente presenta un rachide contratturato e spinalgico, limitato nei movimenti di flessione-estensione del tronco di oltre un terzo, che le escursioni articolari delle spalle sono limitate e dolenti, come pure quelle delle anche e dei piedi, con disturbi della deambulazione, mentre che, sotto il profilo neurologico, i movimenti (forza e tono muscolare) e l'andatura risultano essere normali. Dal punto di vista psichico, nella parte della perizia relativa all'esame obiettivo è menzionata unicamente la presenza di un tono dell'umore depresso, e ciò nonostante il fatto che la diagnosi faccia stato di una sindrome depressiva. Dal canto suo, il dott. C._____ ha osservato, nelle sue prese di posizione dell'8 settembre 2009 e del 19 marzo 2010, che il ricorrente, in assenza di una qualsiasi diagnosi invalidante, deve essere considerato in grado di continuare ad esercitare, a tempo pieno e senza alcuna restrizione d'ordine funzionale, la sua ultima professione, come pure altre attività confacenti al suo stato di salute, quali quelle di operaio/manovale nell'industria, di magazziniere o di venditore al dettaglio. In particolare, il medico dell'UAIE ha affermato che, per quanto riguarda l'artrosi, non sono stati evidenziati elementi invalidanti dell'apparato locomotore e dell'addome in base agli esami oggettivi (radiografie, risonanze magnetiche, tomografie). Relativamente alla pneumopatia cronica ostruttiva, egli ha rilevato che l'esame della funzione ventilatoria, dell'11 marzo 2008 (doc. 17), non permette di concludere ad una grave limitazione, nella misura in cui in esso è riportata solamente una "lieve disventilopatia di tipo restrittivo". Inoltre, per quanto concerne l'epatite cronica steatosica, egli ha constatato che non è oggettivato alcun scompenso epatico clinico o sulla base d'esami di laboratorio. Rispetto al rapporto del dott. D._____, il medico dell'UAIE ha notato, tra l'altro, che esso si limita a riprendere, a volte in modo lacunoso, le conclusioni di parte dei documenti medici precedenti, a formulare nuovi elementi diagnostici senza i corrispondenti correlati oggettivi o semplicemente ad esprimere i disturbi risentiti

soggettivamente dal ricorrente.

E. 8.5

Sollecitato da questo Tribunale mediante ordinanza del 14 gennaio 2011, l'UAIE ha sottoposto alla valutazione del proprio servizio medico, sempre nella persona del dott. C. _____, i due certificati medici esibiti dal ricorrente con la replica, ossia quello dell'ambulatorio dell'(...), del 4 maggio 2010, di natura ortopedica, attestante una grande compromissione funzionale del rachide cervicolumbare a seguito di una grave spondiloartrosi, e quello del dott. E. _____, psichiatra, del 13 maggio 2010, nel quale è diagnosticata una sindrome ansioso depressiva reattiva ed è consigliato di continuare la terapia antidepressiva ed ansiolitica. Nella sua presa di posizione del 25 gennaio 2011 (doc. 40), il medico dell'UAIE ha affermato che i due certificati medici riferiscono la presenza di disturbi soggettivi non corroborati da referti oggettivi agli atti, in particolare senza indicazioni riguardo alla loro durata, alla loro gravità ed alle eventuali restrizioni funzionali da essi derivanti, ed ha quindi nuovamente confermato le proprie conclusioni.

E. 8.6

Dalle considerazioni sopraesposte discende che il collegio giudicante non può esprimere un avviso fondato sul caso, per il motivo che non sono chiaramente determinate né la diagnosi, visto che non è stabilito se il ricorrente soffre o non soffre di una fibromialgia, né l'influenza dei disturbi fin qui diagnosticati, in particolare quelli di natura psichica, sulla capacità lavorativa.

E. 9

Di conseguenza, il ricorso deve essere parzialmente accolto, la decisione impugnata annullata e l'incarto rinviato all'UAIE per un complemento d'istruzione che permetta di determinare se il ricorrente è affetto da una fibromialgia e di effettuare una nuova valutazione della sua incapacità lavorativa.

E. 10.1

Secondo l'art. 61 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso decide la causa o eccezionalmente la rinvia, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore. Benché questa disposizione permetta solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata in concreto, se si considerano l'incompletezza della diagnosi e le contraddizioni riguardo alla valutazione della capacità lavorativa.

E. 10.2

L'UAIE dovrà quindi provvedere a delucidare la questione della fibromialgia ed effettuare una nuova valutazione dell'incapacità lavorativa dal maggio 2004 al 19 novembre 2009, data della decisione impugnata. A questo fine, l'amministrazione procederà a completare l'istruttoria dal punto di vista medico, predisponendo l'espletamento di una perizia pluridisciplinare ortopedico-reumatologica e psichiatrica, se del caso in Svizzera, che dovrà esprimersi in merito all'evoluzione dello stato di salute del ricorrente, e sottoporrà quindi l'intero incarto al proprio servizio medico, il quale quantificherà la capacità lavorativa dettagliando e giustificando le proprie conclusioni. Una volta che il servizio medico si sarà pronunciato in questo senso, l'UAIE effettuerà, se necessario, un adeguato e circostanziato raffronto dei redditi, tenendo conto, per quanto concerne la riduzione per circostanze personali, della giurisprudenza federale in materia (DTF 126 V 75), ed emanerà quindi una nuova decisione impugnabile.

E. 11

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, non si prelevano spese di procedura e il relativo anticipo di Fr. 300.-, versato l'11 e il 29 giugno 2010, è rimborsato al ricorrente. 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 un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Considerato l'esito della procedura, si assegna al ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 800.-.

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