

BVGer C-7467/2009 vom 10. November 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-11-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7467_2009

FR: TAF C-7467/2009 du 10 novembre 2009

IT: TAF C-7467/2009 del 10 novembre 2009

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

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. 2.1

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. 2.2

Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il ricorrente ha versato un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. 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).

E. 3.3

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. 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

Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). 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 d'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 LPG, art. 87 OAI, *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

E. 5.2

La condizione di verosimiglianza posta dall'art. 87 cpv. 3 OAI deve permettere all'amministrazione, che ha precedentemente rifiutato una prestazione o già effettuato una sua revisione con provvedimento cresciuto in giudicato, di scartare senza ulteriori esami

nuove domande con le quali l'assicurato si limita a ripetere gli stessi argomenti, senza allegare una modifica di fatti determinanti (DTF 125 V 410 consid. 2b). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve così cominciare con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili, in altri termini se l'assicurato ha reso plausibile una modifica importante dello stato di salute, suscettibile d'incidere sulla sua capacità lavorativa rispettivamente sul grado d'invalidità, rispetto a quella precedentemente ritenuta. Se ciò non è il caso, l'amministrazione può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata in materia. A tal proposito, occorre precisare che quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo margine di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (v. sentenze del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti, 9C_860/2007 del 10 dicembre 2008 consid. 5 e I 52/03 del 16 gennaio 2004 consid. 3).

E. 5.3

In concreto, la decisione, cresciuta in giudicato, che ha rifiutato di accordare al ricorrente una rendita (o altra prestazione) d'invalidità, è stata resa l'11 marzo 2008. Il ricorrente ha poi presentato la sua seconda domanda di prestazioni AI il 19 maggio 2009, sulla quale l'UAIE ha rifiutato di entrare in materia mediante decisione del 10 novembre 2009. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato dall'11 marzo 2008 al 10 novembre 2009.

E. 6.1

In concreto, dalla documentazione sanitaria ad atti raccolta nell'ambito della prima domanda di prestazioni, risulta che l'assicurato soffre di esiti da un episodio di sindrome coronarica acuta il 19 aprile 2007 su malattia coronarica bivasale, posa di doppio stent, funzione ventricolare conservata, sindrome lomboradicolare nota sin dal 1989 in esiti di asportazione di ernia discale lombare (V), sindrome da impingement alla spalla sinistra, sindrome ansio-depressiva (cfr. i rapporti del Dott. Klausner per la Cassa malati "57" del 6 luglio e 4 ottobre 2007; perizia medica particolareggiata del 6 novembre 2007). La domanda di prestazioni è poi stata respinta in quanto nel febbraio 2008 l'interessato ha ripreso a lavorare, per la stessa ditta, con mansioni meno onerose e senza riduzione di salario.

E. 6.2

Con la nuova domanda di prestazioni AI, l'assicurato si è limitato a produrre un succinto certificato medico 6 febbraio 2009 (Dott. D'Agostino) attestante un'ernia discale L5-S1 (in attesa di intervento chirurgico) ed un altro certificato del Dott. Camboni, psichiatra, del 27 maggio 2009 attestante una sindrome ansio-depressiva di tipo instabile. Dal referto del Dott. D'Agostino si evince solamente che il paziente sarebbe in malattia dal 7 novembre 2008.

E. 6.3

Ora, anche se questi brevi referti sanitari sono stati sottoposti al Dott. Billiter, medico di fiducia dell'Ufficio AI del Cantone Ticino, questi ha osservato che per entrare nel merito della domanda il richiedente avrebbe dovuto produrre (come da sua incombenza) un rapporto medico esaustivo correlato da esami radiologici inerenti la patologia sofferta, indicante con precisione la diagnosi, l'evoluzione clinica della medesima, le funzioni organiche limitate da tale affezione, i trattamenti in corso e la formulazione della prognosi

(...). Ora, la domanda in parola, era ben lungi dal documentare e provare un peggioramento della capacità di lavoro e di guadagno. Secondo la giurisprudenza, per giudicare se vi sono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve tenere conto, inoltre, 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 (SVR 2002 IV n. 10 consid. 1c). Visto quanto precede, il giudice ritiene che l'assicurato non è riuscito a rendere plausibile che il suo stato di salute ha subito un peggioramento determinante fra l'11 marzo 2008 ed il 10 novembre 2009, di modo che non ha giustificato l'entrata in materia da parte dell'assicurazione AI sulla sua domanda di rendita presentata il 19 maggio 2009, perlomeno fino alla situazione di fatto conosciuta allora.

E. 6.4

In sede ricorsuale l'insorgente ha prodotto una cartella clinica completa che attesta un ricovero ospedaliero nell'agosto 2009 per intervento di microdiscectomia L4/5 a destra e stabilizzazione interspinosa di L4/L5. Tale referto è stato sottoposto al Dott. Erba, dell'Ufficio AI cantonale, il quale ha ritenuto che il documento in parola dimostrerebbe una modifica dello stato di salute dell'interessato. L'amministrazione ha quindi proposto di considerare tale atto quale nuova domanda di rendita e si è impegnata ad istruire la pratica una volta terminata questa procedura di ricorso. In tal senso occorre rinviare gli atti all'amministrazione.

E. 7.1

In queste circostanze, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata. Il ricorso in esame può essere risolto da un giudice unico in applicazione dell'art. 69 cpv. 2 LAI.

E. 7.2

Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo versato il 26 febbraio 2010.

E. 7.3

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.