

BVGer C-7753/2010 vom 22. September 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-09-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7753_2010

FR: TAF C-7753/2010 du 22 septembre 2011

IT: TAF C-7753/2010 del 22 settembre 2011

Regeste

Revisione della rendita

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). L'insorgente ha versato l'anticipo di Fr. 400.-, 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).

E. 3.3

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 136 V 24 consid. 4.3). Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 5 ottobre 2010, 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).

E. 5.1

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. 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 di una rendita d'invalidità subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]).

E. 6.2

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI).

E. 6.3

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid.

1a). Va ancora rilevato che la semplice valutazione diversa di circostanze di fatto che sono rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non deve costituire una base legale che possa giustificare un riesame senza condizioni del diritto alla rendita (cfr. anche: Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrenrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, p. 15).

E. 6.4

La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI).

E. 7

Il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera da influire sul diritto a prestazioni è costituito dall'ultima decisione che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V 108 consid. 5.4). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è pertanto quello intercorrente fra la decisione del 26 settembre 2005, con la quale l'Ufficio AI ha confermato il diritto in favore dell'assicurato ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità ed il 5 ottobre 2010, data della decisione impugnata.

E. 8

L'interessato non ha più lavorato dopo il rimpatrio. 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. art. 28a cpv. 1, 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). 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, 114 V 314 consid. 3c).

E. 9.1

Al momento in cui venne confermato il diritto alla rendita intera AI, l'assicurato soffriva di mielopatia cervicale C3-C4 verosimilmente post-traumatica con segni di tetraparesi e depressione reattiva (doc. 54). In origine (decisione del 15 marzo 2002), l'intera prestazione AI venne concessa per gli esiti di un infortunio alla cervicale che si rivelò essere una mielopatia cervicale traumatica consistente in una tetraparesi incompleta sub C3 (ASIA D).

E. 9.2

Al momento della revisione in esame è stata accertata la diagnosi di tetraparesi spastica da mielopatia cervicale con incidenza funzionale di entità grave, sindrome ansioso-depressiva (cfr. E 213, perizia medica dettagliata del 2 settembre 2009, doc. 75).

E. 10.1

Per quanto riguarda le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, i pareri sono nettamente divergenti. Da una parte l'INPS pone un tasso d'invalidità totale, ossia del cento per cento, dall'altra, il medico del SMR "Rhône" (Dott. Croisier) riduce il tasso d'invalidità, in attività adeguate, allo zero per cento.

E. 10.2

Ora, questo collegio giudicante è del parere che un miglioramento dello stato di salute dell'interessato non può essere escluso a priori ma deve fare l'oggetto di un esame medico complementare. Deve essere dapprima osservato che nel rapporto del 14 ottobre 2009, il Dott. Croisier, del SMR "Rhône", aveva chiesto un rapporto neurologico completo ed altri esami dettagliati. Quale risposta, l'INPS ha inviato solo un banale esame neurologico oltretutto scarsamente leggibile del 10 agosto 2009 (Dott. Nicolaci), nel quale non viene proceduto ad un vero e proprio esame, ma l'esperto si limita ad ascoltare il paziente e porre quanto da lui "riferito". Il nuovo E 213 del 7 gennaio 2010 (doc. 86) è ancor più contraddittorio. Se da una parte pone un tasso d'invalidità "totale", dall'altra indica che le condizioni rispetto alla precedente visita sarebbero "migliorate" e, addirittura, sostiene che il paziente sarebbe in grado di svolgere un'attività pesante (cfr. doc. 86, cifre 8, 9). La perizia è carente su altri punti secondari, ma dimostra la scarsa attendibilità dell'istruttoria: peso 0 kg, statura 0 cm; anamnesi quasi inesistente; alla psiche risulterebbe solo una riduzione del tono dell'umore; l'esame dell'apparato locomotorio/articolare è estremamente succinto; l'andatura risulta claudicante, mentre nel 2005 era normale. Anche il problema psichiatrico non è stato sufficientemente investigato. La visita specialistica del 7 settembre 2009 (doc. 76) segnala una sindrome ansio-depressiva reattiva con incidenza funzionale di entità grave (correlata al quadro neurologico), mentre il Dott. Croisier non dà credito a questa diagnosi senza indicarne i motivi. Gli altri esami rimessi ad atti non sembrano migliori dell'E 213: il reperto neurochirurgico del 2 febbraio 2010 (doc. 88) non è molto chiaro circa la capacità di autonomia del paziente che presenta una spasticità agli arti inferiori, ma risulterebbe autonomo nella deambulazione; l'esame ortopedico del 9 febbraio 2010 è estremamente succinto, ma pone pur sempre la grave diagnosi di tetraparesi spastica. Si può peraltro ancora osservare come lo stesso Dott. Croisier considera poco chiari gli esami oggettivi pervenuti dal corrispondente ente italiano. Egli definisce gli stessi, brevi, succinti, contraddittori, precisando dove gli esami non sono convincenti. In sostanza, mancano una perizia neurologica e psichiatrica approfondite. Questa lacuna non può essere colmata dalle osservazioni contenute nei rapporti del Dott. Croisier, il quale oltretutto non dispone della specializzazione in neurologia. Secondo la giurisprudenza, la specializzazione del medico gioca un ruolo importante per giudicare l'affidabilità di una perizia (sentenze del Tribunale federale 8C_83/2010 del 22 marzo 2010 consid. 3.1, 9C_28/2010 del 12 marzo 2010 consid. 4.5). La carenza di una specializzazione del medico relatore di una perizia, a seconda delle circostanze, può costituire un fattore d'inattendibilità del rapporto stesso e ciò in relazione alla complessità di una determinata patologia od insieme di affezioni della stessa natura (sentenze del TF 9C_341/2007 del 16 novembre 2007 consid. 4.1, I 211/06 del 22 febbraio 2007 consid. 5.4.1).

E. 10.3

A nulla muta la circostanza che, dall'agosto 2000, il nominato sia al beneficio di una rendita dell'assicuratore infortuni pari ad un tasso d'invalidità del 25%. Può essere osservato che la valutazione dell'invalidità è indipendente nei due rami d'assicurazione (cfr. anche sentenza del Tribunale federale 8C_558/2008 del 27 marzo 2009 consid. 2.3). Questa indipendenza nel decidere non significa che le perizie effettuate nei due rami assicurativi debbano essere utilizzate nella sola assicurazione che ha ordinato una tale indagine quando, per esempio, l'analisi dell'invalidità è stata ricercata in modo globale e non settoriale e che una determinata perizia non sia limitata al mero aspetto del rapporto di causalità fra incidente subito e danno alla salute, aspetto questo caratteristico della sola assicurazione contro gli infortuni (cfr. Alfred Maurer/Gustavo Scartazzini/Marc Hürzeler, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3° ed., Basilea 2009, § 10 n° 39 e seg.). Nella fattispecie, la valutazione della SUVA/INSAI si limitava alla sola componente infortunistica e inoltre risale al 2000. Facendo difetto una valutazione attuale e globale della capacità di guadagno dell'assicurato, la valutazione della SUVA/INSAI non è vincolante per l'assicurazione invalidità.

E. 10.4

Quando il parere del servizio medico dell'UAIE diverge nettamente dagli altri giudizi, e non può essere fondato su documentazione oggettiva avente la qualità di prova, occorre procedere ad una nuova investigazione medica. Infatti, è compito del consulente medico stabilire in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue capacità psicofisiche, attenendosi unicamente alle funzioni importanti relative alle attività lavorative che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto (art. 49 OAI, vedi anche DTF 125 V 261 consid. 4).

E. 11.1

Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di svolgere le mansioni consuete subita dall'interessata e da quando questa invalidità esisterebbe.

E. 11.2

In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incarto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere (sentenza del Tribunale federale 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 consid. 4.4.1.4). L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal 2005 fino alla data dell'impugnata decisione (5 ottobre 2010). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia approfondita in ortopedia/neurologia e psichiatria (anamnesi particolareggiata, stato attuale, diagnosi, terapia seguita, prognosi e valutazione). Se del caso, l'amministrazione effettuerà poi un'indagine comparativa dei redditi.

E. 12.1

Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo spese versato dal ricorrente, di Fr. 400.-, gli viene restituito.

E. 12.2

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. Nel caso in esame, vista la memoria di ricorso, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-, da porre a carico dell'UAIE.

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