

TI_GERICHTE 32.2012.156 vom 24. April 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-04-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.156

FR: TI_GERICHTE 32.2012.156 du 24 avril 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.156 del 24 aprile 2012

Regeste

Assicurato, cittadino di un paese extra UE senza convenzione con la CH, non ha diritto ad una rendita in quanto non presenta due anni di contribuzione minima all'AVS. In via abbondanziale, egli non avrebbe avuto comunque diritto ad una rendita non avendo un grado d'invalidità pensionabile

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 07.01.2013 32.2012.156 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 07.01.2013 32.2012.156 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 07.01.2013 32.2012.156

Assicurato, cittadino di un paese extra UE senza convenzione con la CH, non ha diritto ad una rendita in quanto non presenta due anni di contribuzione minima all'AVS. In via abbondanziale, egli non avrebbe avuto comunque diritto ad una rendita non avendo un grado d'invalidità pensionabile

Raccomandata Incarto n. 32.2012.156 BS Lugano 7 gennaio 2013 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Marco Bischof , vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 25 maggio 2012 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 24 aprile 2012 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità considerato in fatto ed in diritto che RI 1 classe 1975, manovale e muratore, nel maggio 2009 ha presentato una domanda di prestazioni AI per adulti a seguito dei postumi di un infortunio occorsogli il 3 luglio 2008 durante il quale si è tagliato il 4° dito della mano destra (doc. AI 3); - esperiti accertamenti medici ed economici, acquisiti inoltre gli atti medici dall'assicuratore contro gli infortuni (_____), con decisione 24 aprile 2012 (preavvisata il 20 febbraio 2012 2011) l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni in quanto l'assicurato non assolve il periodo minimo di contribuzione per avere diritto ad una rendita (sia ordinaria che straordinaria) e non presenta un grado d'invalidità pensionabile. In via abbondanziale l'amministrazione ha evidenziato che l'assicurato non avrebbe avuto comunque diritto alla rendita non presentando un grado d'invalidità pensionabile; - contro la succitata decisione l'assicurato, rappresentato dall'avv. , ha inoltrato il presente ricorso, postulando il riconoscimento in via principale di una rendita intera per un grado d'invalidità del 75% e, in via subordinata, il rinvio degli atti all'amministrazione per l'espletamento di accertamenti. Egli contesta la valutazione medico-teorica della capacità lavorativa operata dall'amministrazione, nonché il grado d'invalidità. Delle singole motivazioni verrà detto, per quanto necessario ai fini del giudizio, nel prosieguo. Contestualmente il ricorrente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio, istanza respinta dal TCA con decreto del 5 luglio 2012 (IX); - con la risposta di causa

l'Ufficio AI ha chiesto la reiezione del ricorso, confermando la decisione impugnata; . - la presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 LOG (STF 9C_211/ 2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008 e giurisprudenza ivi citata; - oggetto del contendere è l'eventuale diritto alla rendita dell'assicurato; - secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84); - secondo l'art. 36 cpv. 1 LAI hanno diritto alle rendite ordinarie gli assicurati legittimati alla rendita che, all'insorgere dell'invalidità, hanno pagato i contributi per almeno tre anni, rispettivamente hanno vissuto in Svizzera con il coniuge, esercitante un'attività lucrativa, che abbia versato almeno il doppio del contributo minimo o che possono essere computati accreditati per compiti educativi o assistenziali durante tre anni (cfr. art. 29ter cpv. 2 lett. b e c LAVS applicabile alla LAI in virtù del rinvio di cui all'art. 36 cpv. 2 LAI); - nel caso in esame l'Ufficio AI ha rettamente fatto presente come l'assicurato, originario del _____, non abbia diritto ad una rendita ordinaria non avendo contribuito al momento dell'(eventuale) insorgenza del diritto alla rendita (2009) almeno per tre anni all'AVS ai sensi dell'art. 36 cpv. 1 LAI. Questo principio vale anche per gli assicurati di uno stato (non membro dell'UE e dell'AELS) con il quale la Svizzera ha concluso o meno una convenzione sulla sicurezza sociale (cfr. Valterio, Droit de l'AVS et AI, 2011, n. 2225, p. 601; per gli assicurati "senza convenzione" vi è anche il requisito del domicilio o residenza abituale in Svizzera, cfr. Valterio, op. cit., n. 2218, p. 599). L'insorgente non ha neppure diritto ad una rendita straordinaria non avendo egli

risieduto in Svizzera per almeno cinque anni immediatamente prima della domanda di rendita [cfr. art. 7 lett. b e art. 8 lett. d della Convenzione dell'8 giugno 1962 tra la Confederazione Svizzera e (l'allora) Repubblica popolare federativa di Jugoslavia concernente le assicurazioni sociali (RS 0.831.109.818.1), applicabile – secondo il Tribunale amministrativo federale – anche ai cittadini del Kosovo, questione su cui il TF non si è ancora espresso (cfr. STF 9C_290/2012 del 31 maggio 2012 consid. 2.1 con riferimenti)]. Anche se non fosse applicabile tale convenzione, l'assicurato non avrebbe comunque diritto ad una rendita straordinaria (cfr. Valterio, op., cit., n. 2250, p. 606). Del resto, riguardo all'assenza del periodo contributivo minimo, l'assicurato non ha eccepito nulla; - in via abbondanziale va rilevato che l'Ufficio AI, basandosi sugli atti LAINF (patologie invalidanti extra-infortunistiche non sono state riscontrate), ha ritenuto l'assicurato, con effetto dal 1° febbraio 2012, inabile nella sua originaria attività ma pienamente abile in altre attività adeguate. Al riguardo, nel rapporto relativo alla visita conclusiva eseguita il 17 gennaio 2012 il dr. _____ della _____ aveva concluso: " (...) Si ricorda che l'assicurato aveva lavorato quale capo muratore e capo cantiere senza diploma ma con esperienza empirica. Per quanto riguarda il dito III della mano sinistra l'assicurato potrebbe essere reso abile al lavoro nella misura completa nella sua professione a partire da lunedì 23.01.2012. La problematica è caratterizzata dal moncone del dito IV della mano dominante destra, solo per questa problematica viene ora espressa esigibilità lavorativa, con lavoro nella misura massima possibile per la patologia post-traumatica alla mano destra a partire dal 01.02.2012. (...)" (doc. 58/7-8, inc. LAINF), indicando poi dettagliatamente i limiti funzionali. Nella lettera 3 luglio 2012 inviata all'assicurato la _____ sostiene che "secondo il nostro medico di circondario lei non è più idoneo a svolgere tutte le mansioni nell'attività di manovale/muratore. Tuttavia considerati adeguatamente i postumi lasciati dall'infortunio è ancora ritenuta esigibile un'attività lucrativa" (doc. AI 52/1); - lo stesso medico curante, dr. _____, ha condiviso la valutazione del medico della _____, tant'è con scritto 21 marzo 2012 egli ha segnatamente osservato: "... ho personalmente partecipato alla visita medica di chiusura del 17.01.2012 e, dopo aver seguito nel dettaglio tutto l'iter medico ho assicurativo del mio paziente, concordo con quanto deciso sul piano assicurativo _____, decisione che ovviamente trova riscontro nel progetto di decisione AI ..." (doc. AI 53/2); - riguardo allo scritto 8 maggio 2012 del dr. _____ allegato al ricorso, l'amministrazione ha pertinentemente osservato che il medico curante si è pronunciato unicamente sull'incapacità lavorativa, quantificata nella misura del 75%, del suo paziente nell'attività di muratore, senza tuttavia mettere in discussione la piena abilità lavorativa in attività sostitutive (doc. C); - pertanto l'Ufficio AI ha correttamente proceduto alla determinazione del grado d'invalidità, così come esposto nella decisione contestata, raffrontando il reddito ipotetico da valido (nell'originaria professione svolta dall'interessato) di fr. 66'726.-- con il reddito da invalido di fr. 53'726.-- desunto dai consueti dati salariali statistici, giungendo ad una grado d'incapacità al guadagno del 19% non conferente il diritto alla rendita; - per quel che concerne l'eventuale riforma professionale, va fatto riferimento al dettagliato rapporto 19 aprile 2012 del consulente in integrazione professionale (doc. AI 57) in cui egli ha rilevato: " (...) Per quanto riguarda l'applicazione di provvedimenti professionali, questo diritto va escluso per una riqualifica professionale in quanto l'assicurato non offre le condizioni quadro per una loro applicazione. A questo proposito va certamente citato il fatto che l'assicurato non dispone di un attestato professionale. Tuttavia, esattamente come già citato nel progetto di decisione inviato all'assicurato, va sottolineato di nuovo l'opportunità

di aprire al più presto l'aiuto al collocamento. (doc. 57/2, inc. AI); - stante quanto sopra, la reiezione del diritto a prestazioni va pertanto confermata, mentre il ricorso è respinto; - secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso; - visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è respinto . 2. Le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il
vicepresidente Il segretario giudice Raffaele
Guffi Fabio Zocchetti

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