



Corte III
C-3309/2008
{T 0/2}

Sentenza del 9 gennaio 2009

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig, Michael Peterli;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____, _____,
US-Placentia CA 92870,
patrocinato dal Dott. med. Christopher Holden, M.D.,
Wellness Care Medical Center,
438 E. Katella Avenue, Suite B, US-Orange / CA 92867,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione del 13 marzo 2008).

Fatti:**A.**

A._____, nato nel 1946, già cittadino polacco e dal 1996 cittadino statunitense, meccanico di professione, ha lavorato in Svizzera da aprile a maggio 1984. Egli è rimasto vittima di un infortunio il 17 aprile 1984 (distorsione del pollice destro) ed ha versato contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità nel 1984 (reddito da lavoro) e dal 1985 al 1993 come persona non esercitante attività lucrativa (doc. 85). Un altro incidente, non professionale, ebbe luogo nell'aprile 1985 (distorsione del pollice sinistro), in base al quale, l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI/SUVA) gli riconobbe un'incapacità di lavoro del 15%.

Il 2 giugno 1987, A._____ ha formulato una prima domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, respinta il 9 dicembre 1987 per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 11). In data 5 dicembre 1989, il nominato ha presentato una seconda domanda di prestazioni AI. Visitato presso il centro medico ZMB di Basilea nel 1991 e pur essendo stato riconosciuto parzialmente invalido ai sensi della LAI (doc. 35), la richiesta di prestazioni è stata respinta con decisione del 19 maggio 1992 della Cassa cantonale di compensazione del Cantone Ticino, in quanto l'interessato non soddisfaceva la condizione di durata minima di contribuzione (10 anni) valida per gli stranieri residenti in Svizzera non al beneficio di una particolare convenzione (doc. 45). Va rilevato che in quell'occasione i medici incaricati della perizia avevano evidenziato la sostanziale diagnosi di sindrome paranoica con risvolti ipocondriaco/narcisistici, sindrome panvertebrale di tipo degenerativo alla colonna dorsale, esiti non invalidanti di ferite ai pollici delle due mani. In data 12 ottobre 1994, A._____ ha formulato una terza domanda di prestazioni AI (doc. 57), la quale è stata respinta per gli stessi motivi il 28 dicembre 1994 (doc. 61).

B.

Il 7 novembre 2005, A._____ ha presentato una quarta domanda di prestazioni AI (doc. 75); questa richiesta è stata formalmente perfezionata il 14 settembre 2007 (doc. 90). L'interessato ha dichiarato di avere lavorato in proprio come ristoratore da gennaio (?) 1999 a settembre 2000 (doc. 91). Egli soffrirebbe di diversi disturbi, quali

reazione allergica ad alcuni anestetici, esiti di antico trauma alla mano destra e neuropatia del pollice destro, dolori cervicali e lombari, incidente cerebrovascolare e incidente cardiaco nel 2004 (doc. 95; rapporto del 6 luglio 2007 del Wellness care medical center di Orange).

C.

L'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha sottoposto gli atti al Dott. Ribordy, del proprio servizio medico, il quale, nella sua relazione del 12 ottobre 2007, rileva che la documentazione esibita non pone in evidenza un'incapacità di lavoro di livello pensionabile (doc. 99).

Con progetto di decisione del 19 novembre 2007, l'UAIE ha comunicato a A._____ che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta (doc. 100).

L'interessato ha risposto con scritto del 29 dicembre 2007 facendo in sostanza valere di essere invalido sin da quando ha lasciato il nostro Paese e rinvia alla documentazione sanitaria ad atti e, segnatamente, alla perizia effettuata al centro ZMB di Basilea.

Non ritenendo determinanti tali osservazioni, l'amministrazione, con decisione del 13 marzo 2008, ha respinto la richiesta di prestazioni.

Nel frattempo è pervenuto un attestato del Wellness care medical center di Orange (Dott. Holden) del 19 marzo 2008 nel quale si fa stato di un'invalidità completa sin dal 1984 (doc. 103, 104)

D.

Con il ricorso depositato il 6 maggio 2008, A._____ chiede il riconoscimento di prestazioni assicurative e produce diversa documentazione medica già ad atti ed alcuni nuovi documenti sanitari (referti radiologici del rachide cervicale del 28 febbraio e 7 agosto 2008, alcuni documenti del 2004).

Gli atti sono stati sottoposti in esame alla Dott.ssa Sereni Keller, la quale, nella sua relazione del 3 dicembre 2008, ha affermato che i documenti riguardanti un presunto infarto del 2004 ed un episodio vascolare di quell'epoca sono insufficienti e che l'incarto medico non è più attuale e dallo stesso non si possono trarre informazioni decisive e

conclusive. Propone quindi l'allestimento di una nuova indagine sanitaria pluridisciplinare (doc. 108).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 4 dicembre 2008, l'UAIE ha rinunciato a prendere posizione in merito al ricorso. Copia di queste osservazioni è stata inviata al ricorrente.

Diritto:

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 agli art. 33 e 34 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (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).

2.

2.1 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} 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-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

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.

2.3 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

L'interessato è cittadino degli Stati Uniti d'America. Giusta l'art. 4 della Convenzione di sicurezza sociale tra la Confederazione svizzera e gli Stati Uniti d'America del 18 luglio 1979 (RS 0.831.109.336.1), con riserva delle disposizioni contrarie contenute nella Convenzione stessa o nel Protocollo finale, i cittadini di uno degli Stati contraenti godono del principio di uguaglianza di trattamento dei cittadini dell'altro Stato contraente per quanto riguarda l'applicazione della legislazione di quest'ultimo Stato.

4.

Il ricorrente ha presentato la quarta richiesta di rendita il 7 novembre 2005. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 7 novembre 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 13 marzo 2008, data della decisione 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).

5.

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino americano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI e art. 9 della Convenzione).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, 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.

6.

6.1 In base all'art. 8 LPGGA 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.

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. 1 LAI). Va tuttavia ricordato che le rendite ordinarie per gli assicurati il cui grado d'invalidità è inferiore al 50% sono assegnate ai cittadini degli Stati Uniti soltanto solo fino a quando conservano il loro domicilio in Svizzera (art. 11 cpv. 2 della Convenzione).

6.3 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 prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda 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).

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 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.

7.

7.1 Scarsi sono i dati di carattere economico. Viene solamente dichiarato che il ricorrente ha lavorato come gerente, in società con

un'altra persona, di un ristorante, fra il 1999 ed il 2000 ed avrebbe smesso per ragioni economiche e di salute (doc. 90 e 91).

7.2 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; 110 V 275, 105 V 207). In base all'art. 16 LPGA, 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 (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; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

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, 105 V 158). 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).

Inoltre, 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).

8.

8.1 Dalla documentazione medica ad atti (perlopiù riguardante avvenimenti patologici avvenuti anni fa), si evince che l'interessato

soffre di esiti di un remoto trauma (1984) alla mano destra con problemi residui di neuropatia, sindrome algica lombare e cervicale non meglio specificata, esiti di un episodio vascolare ed infarto nel 2004. A più riprese vengono menzionate patologie psichiche.

8.2 Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, 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 per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

9.

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico che ha in cura A. _____ negli Stati Uniti e che lo rappresenta in causa, Dott. Holden, ritiene inabile il paziente sin dal 1984 in misura del cento per cento. Il Dott. Ribordy, medico dell'UAIE, nega il requisito dell'incapacità al lavoro di livello pensionabile. Infine, la Dott.ssa Sereni Keller dell'UAIE osserva che molti documenti medici si contraddicono fra di loro ed è difficile farsi un'idea dello stato di salute del richiedente. Il sanitario menzionato osserva che l'incidente al pollice destro avvenuto nel 1984 non giustifica il riconoscimento di un'invalidità di rilievo, ma che la perizia presso il centro ZMB di Basilea del 1991 aveva rilevato problemi di carattere psichico e riconosciuto un tasso d'invalidità del 50%. Per di più, poco o nulla si sa di un presunto infarto avvenuto nel 2004 ed un episodio ischemico-cerebrale dello stesso periodo. La Dott.ssa Sereni Keller afferma dunque, viste le precedenti considerazioni, di non essere in grado di esprimere un parere circa la situazione valetudinaria del richiedente e propone pertanto di espletare una nuova visita pluridisciplinare.

10.

10.1 Vista la proposta sopra riferita, 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.

10.2 L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal 7 novembre 2004 (12 mesi che precedono l'introduzione della domanda) fino alla data dell'impugnata decisione (13 marzo 2008). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile.

A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia pluridisciplinare i cui dettagli saranno definiti dal servizio medico dell'UAIE. L'amministrazione richiamerà gli atti medici oggettivi indispensabili all'esatto accertamento sanitario per quel che concerne l'anamnesi dopo il trasferimento dell'assicurato negli Stati Uniti.

Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

11.

11.1 Non vengono prelevate spese processuali.

11.2 Non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili, in quanto il rappresentante dell'insorgente non ha agito a titolo professionale.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 13 marzo 2008, l'incarto è rinviato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, perché proceda ai sensi del considerando 10 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif. _____)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono rispettate le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF, RS 173.110). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: