



Corte III
C-3506/2012

Sentenza del 20 marzo 2013

Composizione

Giudice unico: Francesco Parrino
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
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 dell'11 aprile 2012).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il , ha lavorato in Svizzera dal 1977 al 2009, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 16, TAF). Dal 1995 era alle dipendenze di un'impresa di pittura e gessatura di Berna in ragione di 40 ore settimanali; il dipendente ha rassegnato le dimissioni con effetto 30 giugno 2009 (ultimo giorno di lavoro il 12 giugno 2009) per far ritorno in patria (doc. 19).

In data 19 aprile 2011, A._____ ha presentato una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 3).

B.

Il richiedente è stato visitato il 6 giugno 2011, presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale di Messina (INPS), dove il medico incaricato ha rilevato la diagnosi di preconstituita ipoacusia bilaterale grave ed ha posto un tasso d'invalidità del 40% (doc. 4). Sono stati esibiti diversi documenti oggettivi. Un plico riguarda la concessione di mezzi ausiliari sottoforma di apparecchi auricolari (prima decisione figurante ad atti è del 24 ottobre 2002; doc. 5 inc. I). Con decisione del 13 dicembre 2010, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), constatato che l'assicurato era rimpatriato a fine giugno 2009, ha negato la continuazione della prestazione in corso come pure i costi di riparazione e le batterie. L'altro incarto riguarda prestazioni concesse dall'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI/SUVA) in seguito ad una contusione alla spalla destra (11 febbraio 2008) ed un intervento allo stesso arto del 28 marzo 2008 (prestazioni concesse dal 14 febbraio al 19 agosto 2008, doc. 20).

Sono segnatamente pervenuti ad atti:

- un certificato medico del 9 aprile 2011 (Dott. Pizzino) attestante delle turbe dell'espressione verbale in ipoacusia neurosensoriale bilaterale media-grave (doc. 9);
- un esame audiometrico del 24 aprile 2010 (doc. 12) ed altri referti di esami otorinolaringoiatrici del 14 gennaio e 24 febbraio 2010 (doc. 10, 11);

- un certificato del Centro di otorinolaringoiatria di Milazzo del 26 luglio 2010 attestante la nota diagnosi (doc. 15).

C.

L'incarto è stato trasmesso al Dott. Battaglia, del Servizio medico regionale "Rhône" (SMR), il quale, nella sua relazione del 23 febbraio 2012 (recte: gennaio), ha posto in evidenza come il richiedente non presenti affezioni di nessun tipo, salvo il problema dell'ipoacusia bilaterale congenita importante (con conseguenti turbe del linguaggio). Il medico dell'UAIE stima che l'interessato sarebbe in grado di svolgere il precedente lavoro in misura del 100% (doc. 23).

Con progetto di decisione dell'8 febbraio 2012, l'Ufficio AI ha disposto la reiezione della domanda di prestazioni (doc. 24). L'interpellato non ha preso posizione in merito. Con decisione dell'11 aprile 2012, l'UAIE ha confermato il progetto di decisione (doc. 25/26).

D.

Con il ricorso depositato il 29 maggio 2012, A._____ ha contestato il provvedimento di cui sopra chiedendo il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. Produce documentazione sanitaria già ad atti. Chiede l'esonero da eventuali spese processuali in quanto disoccupato.

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 12 settembre 2012, l'UAIE propone la reiezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

E.

In merito all'esonero dalla spese giudiziarie, l'interessato ha compilato il relativo questionario ed ha prodotto il 30 luglio 2012 documentazione a suffragio.

F.

Dopo aver preso atto delle risposta dell'UAIE e di altra documentazione di rilievo, A._____, con scritto del 1° ottobre 2012, ha ribadito la sua intenzione di mantenere il ricorso. Produce documentazione già ad atti o di vecchia data.

Con ordinanza del 18 ottobre 2012, questo Tribunale ha inviato la replica del ricorrente, per conoscenza, all'autorità inferiore.

Diritto:

1.

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale 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 a questo Tribunale 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 ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea

in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

3.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto, del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici riferiti nella sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1), assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE riferiti nella sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 ch. 2).

3.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1), relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11), che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831), 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, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845), che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

L'allegato II è peraltro completato da un protocollo, che ne costituisce parte integrante (art. 3 ch.2), in cui sono stipulate regole speciali riguardo

all'assicurazione contro la disoccupazione, agli assegni per grandi invalidi e alla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

3.4 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò detto, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

4.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2012, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 18 marzo 2011 (6^a 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 (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2011 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

5.

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino all'11 aprile 2012, 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 136 V 24 consid. 4.3).

6.

6.1 Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno tre anni (art. 36 LAI). A tal 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).

6.2 Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. 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.

7.

7.1 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.

7.2 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 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGa, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

7.3 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 dell'UE e vi risiede (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

7.4 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 obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

8.

8.1 A. _____ ha sempre lavorato in Svizzera sin dal 1977. Egli era occupato nel settore della pittura di immobili, segnatamente come imbianchino/gessino. Dall'incarto dell'INSAI/SUVA risulta che l'assicurato ha subito un infortunio alla spalla destra l'11 febbraio 2008 e che tale istituto gli ha versato le prestazioni di legge fino al 19 agosto 2008. Per il seguito egli ha ripreso il suo lavoro fino al 12 giugno 2009 (doc. 20), data in cui ha lasciato la ditta per far rientro in Italia (doc. 19).

Da quanto precede, ne consegue che almeno fino al 12 giugno 2009, A. _____ non ha mai subito un'incapacità di lavoro del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione, seguita da incapacità di guadagno nella stessa misura.

8.2 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). 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 (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).

8.3 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 grado 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).

8.4 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 e 122 V 160).

9.

9.1 Per quanto riguarda la diagnosi, secondo la perizia medica particolareggiata (E 213 del 6 giugno 2011, doc. 4) A. _____ è portatore di una preconstituita ipoacusia neurosensoriale grave con turbe del linguaggio. Null'altro viene evidenziato dalla perizia. Dall'incarto sopra ricordato dell'INSAI/SUVA si può ricavare che l'interessato ha subito un infortunio alla spalla destra all'inizio del 2008. L'assicurato non ha prodotto, né in sede di audizione, né in quella di ricorso, né con la replica documentazione che lasci trasparire qualche altra affezione.

9.2 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'INPS (doc. 4) pone un grado d'invalidità globale del 40%, pur indicando che il peritando è in grado di svolgere lavori pesanti in modo autonomo e che, in ogni caso, potrebbe essere riadattato. Dal canto suo, il Dott. Battaglia, dell'UAIE, rileva che l'assicurato è del tutto abile (100%) a svolgere il precedente lavoro di pittore/gessino ed ogni altro simile.

9.3

9.3.1 Di fatto, il ricorrente si presenta in buone condizioni generali di salute. Questa circostanza viene peraltro confermata dal medico dell'INPS, il quale annota come il paziente non riferisca altre patologie degne di nota. Determinante, nel presente caso, è la circostanza che A. _____ è porta-

tore della nota ipoacusia grave neurosensoriale sin dalla nascita. Tale handicap, che comporta anche delle turbe del linguaggio, non gli ha comunque mai impedito di svolgere un normale lavoro, di carattere tendenzialmente pesante, a tempo pieno, per più di 32 anni. L'attività non è stata cessata per motivi di salute, ma per volontà di rientro nel proprio paese.

9.3.2 Per quanto riguarda l'ipoacusia neurosensoriale, pur considerata grave, si ricorda che l'assicurazione per l'invalidità non indennizza la malattia in quanto tale, ma piuttosto le conseguenze invalidanti di una determinata affezione sul piano economico, cioè l'incapacità di guadagno derivante da un determinato stato morboso (cfr. consid. 8.2 e seg.). Pertanto, non è contestato che l'insorgente soffra di una ipoacusia neurosensoriale grave, ma questa turba non gli ha mai causato e non gli causa tuttora un'incapacità di lavoro e, di conseguenza, un'incapacità di guadagno.

9.3.3 Per il resto, l'assicurato soffre di qualche problema spinalgico cervicale e lombare, con manovra di Lasègue accennata bilateralmente; sono riferite dolorose anche le escursioni articolari agli arti superiori in assenza comunque di limitazioni funzionali. Gli arti inferiori soffrono di escursioni riferite dolorose anche in questo caso comunque non vi sono limitazioni funzionali. Non vi è null'altro da rilevare: tutti gli altri organi ed apparati sono indenni da patologie o disturbi di qualunque natura.

10.

10.1 Il giudice, sulla scorta del parere del servizio medico dell'UAIE, ritiene che A._____, nonostante la turba principale menzionata, che di principio non è contestata, è ancora in grado di svolgere il suo precedente lavoro di pittore/gessino in misura completa (100%) od ogni altra attività, anche tendenzialmente pesante, purché non preveda, come condizione essenziale, un ottimo o discreto udito o un linguaggio ineccepibile.

10.2 Secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (DTF 123 V 88 consid. 4c e 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate).

11.

11.1 In queste circostanze, il ricorso è respinto e l'impugnata decisione confermata.

Il ricorso, manifestamente infondato, può essere risolto da un giudice unico in applicazione dell'art. 85^{bis} cpv. 3 della legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS, 831.10), al quale rinvia l'art. 69 cpv. 2 LAI.

11.2 La procedura è di principio onerosa (art. 69 LAI). L'insorgente ha chiesto l'esenzione dal pagamento delle spese processuali. Vista la situazione dell'interessato che, secondo il formulario rimesso il 30 luglio/9 agosto 2012, non fruisce di rendite personali, ma solo partecipa ad una modesta pensione percepita dalla moglie, le spese processuali possono essere condonate ai sensi dell'art. 6 lett. a 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).

11.3 Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute 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 TS-TAF).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Non vengono prelevate spese processuali.

3.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il giudice unico:

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 (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: