



Corte III
C-6620/2010

Sentenza del 9 agosto 2011

Composizione

Francesco Parrino, giudice unico
Dario Croci Torti, cancelliere

Parti

A. _____, patrocinato dall'Avv. Britta Balzan, via Rodari 1,
6900 Lugano,
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 6 luglio 2010).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il _____, ha lavorato in Svizzera a partire dal 1987 nel settore industriale ed edilizio. Dal febbraio 2006 ha lavorato in proprio sotto la ragione sociale di A._____ & B._____, società in nome collettivo, attiva nella posa di piastrelle e pavimentazioni. In seguito a problemi al ginocchio destro, il nominato non ha potuto lavorare dal 28 marzo 2008 al 20 aprile successivo, dal 14 luglio al 21 settembre 2008, dal 22 settembre al 6 novembre 2008 (attività al 50%) e dopo il 7 novembre 2008. In data 21 gennaio 2009, A._____ ha presentato una prima domanda volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'Ufficio AI del Cantone Ticino, competente per esaminare sul merito la richiesta, ha acquisito ad atti l'incarto dell'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI/SUVA), nel quale si segnala un rapporto del Dott. Bosia, specialista in reumatologia, che il 29 aprile 2009 conferma l'incapacità lavorativa del paziente portatore di borsite rotulea destra da marzo 2008 e operato il 6 novembre 2008. Il nominato, in vista di un eventuale intervento risolutore, è stato convocato (su incarico dell'assicuratore infortuni) dal Dott. Garavaglia, chirurgo ortopedico. Il 18 giugno 2009, l'esperto constatava un miglioramento della sintomatologia, per cui si concordava con l'interessato una ripresa del lavoro al 100% dal 30 giugno 2009.

Il medico dell'Ufficio AI del cantone Ticino, nel rapporto del 25 agosto 2009, prende atto del rapporto del Dott. Garavaglia e ritiene il paziente abile al 100% dal 1° luglio 2009.

Il 16 ottobre 2009, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), competente per notificare le decisioni relative agli assicurati non residenti in Svizzera, ha respinto la domanda di prestazioni per il motivo che l'interessato non ha presentato per un anno senza notevoli interruzioni un'incapacità di lavoro di almeno il 40%.

B.

Il 3 maggio 2010, A._____ ha inoltrato una nuova domanda di prestazioni su formulario ufficiale, dal quale si desume che il nominato è di nuovo incapace al lavoro dal 15 settembre al 1° dicembre 2009 e che

avrebbe subito un intervento al menisco (destro?) il 18 gennaio 2010. Nulla produce a suffragio della sua richiesta a parte un attestato della sua ditta concernente un'incapacità lavorativa dal 28 marzo 2008.

Con progetto di decisione del 12 maggio 2010, l'Ufficio AI cantonale ha comunicato a A._____ di non potere entrare in materia sulla nuova richiesta di prestazioni, in quanto non aveva reso plausibile una modifica delle circostanze oggettive giustificanti il diritto a prestazioni. L'interpellato non ha preso posizione in merito a tale progetto, per cui, con decisione del 6 luglio 2010, l'UAIE ha confermato la non entrata in materia.

C.

Con il ricorso del 14 settembre 2010, A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Britta Balzan, chiede che si entri nel merito della seconda domanda di rendita, che l'Ufficio AI si pronunci in merito ai nuovi problemi sanitari insorti e che si riconosca, se del caso, il diritto a prestazioni. L'insorgente produce diversa documentazione medica che fa stato di un peggioramento del suo stato di salute da novembre 2009, un intervento di meniscectomia a destra nel gennaio 2010. L'insorgente fa presente che la SUVA ha riconosciuto prestazioni dal 15 settembre al 1° dicembre 2009 e che a partire da questa data l'assicurazione Axa-Winterthur ha pagato un'indennità per perdita di salario. L'insorgente ammette di non avere prodotto documentazione a suffragio della sua domanda, ma fa valere che spettava all'amministrazione assegnargli un termine per procedere in tal senso e ciò anche in applicazione del principio legale della massima d'ufficio che regola il diritto sociale.

D.

Ricevuta l'impugnativa e la documentazione annessa, l'Ufficio AI cantonale ha sottoposto gli atti al Dott. Erba, del proprio servizio medico, il quale, nella sua relazione del 26 ottobre 2010, ha osservato che un'incapacità lavorativa non può essere esclusa in base agli atti.

Nelle sue osservazioni del 2 dicembre 2010, l'Ufficio AI cantonale riferisce che dopo la decisione negativa del 16 ottobre 2009, l'interessato ha presentato una nuova domanda priva di documentazione e motivazione. Il progetto di decisione del 12 maggio 2010 ricordava al richiedente i motivi per cui l'amministrazione non poteva entrare nel merito della richiesta. Orbene, osserva l'Ufficio AI, l'interessato neanche in quell'occasione ha reso plausibile un aggravamento del suo stato di salute. L'esame sul merito della pratica è quindi possibile solo nell'ambito

di un'ulteriore domanda di rendita. Anche l'UAIE, nella sua risposta di causa del 9 dicembre 2010, propone la reiezione del ricorso.

E.

Con la replica del 31 gennaio 2011, la parte ricorrente ricorda che l'Ufficio AI, in base ai dati contenuti nella richiesta del 3 maggio 2010, avrebbe potuto procedere a nuovi accertamenti e invitare esplicitamente l'interessato a produrre la documentazione medica necessaria all'esame del caso. L'insorgente invoca anche una violazione del principio della buona fede e produce ulteriore documentazione sanitaria.

Ricevuta la replica, l'Ufficio AI ticinese ha risottoposto gli atti al Dott. Erba che, nel suo rapporto del 16 marzo 2011, ha preso atto che l'assicurato è stato ininterrottamente inabile al lavoro dal 15 settembre 2009 fino a oltre il 25 ottobre 2010.

Nella duplice del 16 marzo 2011, l'Ufficio AI del Cantone Ticino ribadisce che la decisione impugnata, preceduta da un progetto di decisione, merita piena conferma. Riconosce tuttavia che la documentazione trasmessa in sede di ricorso e di replica giustifica di entrare in materia sulla richiesta dell'interessato: questa documentazione sarà quindi esaminata quale nuova domanda. Anche l'UAIE, nella sua duplice del 22 marzo 2011, si associa alle conclusioni dell'Ufficio cantonale.

F.

Con decisione incidentale del 29 marzo 2011, la parte ricorrente è stata invitata a versare un anticipo di Fr. 400.-. corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è pervenuto alla cassa di questo Tribunale il 28 aprile 2011.

Diritto:

1.

1.1. In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale

amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

2.

2.1. Secondo l'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 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

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. In concreto, il ricorso è stato presentato tempestivamente, nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA), e l'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.- è stato versato nei termini, per cui esso è di principio ammissibile.

3.

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). Trattasi 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 del Regolamento CEE n° 1408/71).

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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). 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).

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.

4.

4.1. 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 (5ª revisione, DTF 136 V 24 consid. 4.3).

4.2. Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 6 luglio 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 136 V citata).

5.

5.1. Il ricorrente contesta la fondatezza della decisione del 6 luglio 2010 con la quale l'UAIE ha dichiarato di non potere esaminare sul merito la nuova domanda di rendita d'invalidità presentata il 3 maggio 2010, dopo che il 16 ottobre 2009 una prima domanda di rendita era stata respinta per il motivo che l'interessato non adempiva i requisiti legali.

5.2.

5.2.1. 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. 3 dell'ordinanza 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 130 V 71 consid. 2.2 con i rif.). 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. In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPG, DTF 130 V 71 consid. 3.2).

5.2.2. 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. Lo scopo della norma menzionata è di evitare che gli organi preposti dell'AI debbano ripetutamente chinarsi su domande di prestazioni, quando lo stato di fatto è rimasto uguale o già stato esaminato senza dare luogo a prestazioni in una precedente decisione cresciuta in giudicato (DTF 133 V 108 consid. 5.3.1 e 130 V 64 consid. 5.2.3 con i rif.).

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 (sentenza del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 con i rif.).

5.3. Determinanti, inoltre, per verificare l'ammissibilità di una nuova domanda sono i documenti esibiti al momento della presentazione della stessa a corredo di quanto richiesto, o, al più tardi, quelli agli atti al momento in cui la decisione di non entrata in materia è stata emanata (DTF 130 V 64 consid. 5.2.4). Questa giurisprudenza si applica anche nell'ambito della 5^a revisione dell'assicurazione invalidità (sentenza del Tribunale federale 8C_436/2008 del 29 aprile 2009 consid. 3).

6.

6.1. Nella specie, può essere osservato che con la sua seconda domanda del 3 maggio 2010 il richiedente si è limitato a compilare un formulario ufficiale e a trasmettere un attestato di lavoro datato 28 aprile 2010, nel quale veniva genericamente indicato che dal 28 marzo 2008 l'interessato soffre di problemi al ginocchio che gli impediscono di assolvere al proprio lavoro. Questa domanda era priva di documentazione medica concernente un eventuale peggioramento delle condizioni di salute e della capacità di lavoro del richiedente. L'unico elemento di rilievo è la circostanza che alla cifra 6.5 del formulario in parola è precisato che l'INSAI/SUVA ha erogato delle prestazioni dal 15 settembre al 1° dicembre 2009 (oltre alle precedenti già conosciute ed esaminate nell'ambito della prima domanda). Tale indicazione deve essere tuttavia ritenuta insufficiente per suggerire all'amministrazione di effettuare ricerche complementari ed entrare nel merito della richiesta. Si poteva infatti credere che si trattasse di un'incapacità lavorativa limitata nel tempo e non dunque paragonabile a una malattia di lunga durata a carico dell'assicurazione invalidità. Per il resto, l'interessato, nel formulario compilato, si limitava ad indicare i medici curanti.

6.2. Sulla base di quanto precede si può ritenere che l'assicurato con la domanda del 3 maggio 2010 non ha reso plausibile che il suo stato di salute si era modificato in modo rilevante per il suo diritto a prestazioni. Sulla scorta della documentazione in possesso al momento della decisione in esame, l'autorità inferiore poteva quindi non entrare nel merito della domanda, soprattutto se si considera il breve lasso di tempo intercorso tra il primo rifiuto del 16 ottobre 2009 e la data di presentazione della seconda domanda.

7.

7.1. La parte ricorrente fa ancora valere che, dopo aver ricevuto la domanda pur sprovvista di documentazione rilevante, l'Ufficio AI prima di

emanare il progetto di decisione, aveva il dovere di informare il richiedente con la comminatoria che, se non avesse prodotto documenti a comprova di quanto chiesto entro un determinato termine, la nuova domanda sarebbe stata dichiarata inammissibile. In proposito l'insorgente menziona l'applicazione dell'art. 29 LPGa (rivendicazione del diritto alle prestazioni). A suo parere, all'assicurato che non rispetta le esigenze di forma dovrebbe essere assegnato un termine per rimediare e ciò anche in virtù dell'art. 43 LPGa che stabilisce il principio inquisitorio che deve reggere e condurre l'assicuratore sociale. Inoltre, continua il ricorrente, in base all'art. 57 LAI e 69 OAI, l'assicuratore avrebbe dovuto procurarsi di propria iniziativa i relativi certificati medici.

7.2. Dal canto suo l'amministrazione spiega che l'interessato avrebbe dovuto rispondere al progetto di decisione emanato il 12 maggio 2010 e regolarmente notificato. In altre parole, l'Ufficio AI indica che tale progetto fa funzione e colma il suo dovere di diligenza e rispetto della procedura menzionata al considerando 5.

7.3.

7.3.1. Ora, la censura fatta valere dalla parte ricorrente deve essere respinta. Secondo la giurisprudenza, non è necessario che l'amministrazione, prima ancora di emanare un progetto di decisione di non entrata in materia, invii sempre una lettera comminatoria. Una comminatoria non è per esempio necessaria se l'assicurato non rende plausibile in alcun modo una modifica del grado d'invalidità. L'onere della prova incombe in primo luogo al richiedente; l'amministrazione è tenuta a intervenire d'ufficio (e procedere a ulteriori accertamenti) solo se il richiedente fornisce un indizio di un eventuale modifica del suo grado d'invalidità. Nel caso contrario, lo scopo dell'art. 87 cpv. 3 OAI non sarebbe raggiunto (cfr. consid. 5.2.2). Una comminatoria si giustifica invece quando la domanda rimanda a mezzi di prova complementari che non sono stati prodotti o che il richiedente si riserva di inviare (DTF 130 V 64 consid. 5.2.5 e sentenze del Tribunale federale 9C_286/2009 del 28 maggio 2009 consid. 2.2.3, 8C_1009/2010 del 7 aprile 2011 consid. 2.3, 8C 341/2011 del 27 gennaio 2011 consid. 2.2.2).

7.3.2. Nella fattispecie, il ricorrente, nella seconda domanda di rendita, non si è avvalso di alcun documento medico né ha menzionato un'eventuale documentazione che avrebbe prodotto o che si riservava di produrre. L'invio di una comminatoria prima della notifica del progetto di decisione non era quindi necessario. In sostanza, come indicato al

consid. 6.1, l'insorgente con la seconda domanda di rendita, non ha dato alcun indizio di una modifica rilevante del suo grado d'invalidità. Nemmeno dopo l'invio del progetto di decisione ha fornito un elemento che giustificasse un intervento dell'amministrazione. Nella fattispecie, la procedura seguita dall'autorità inferiore è quindi corretta.

8.

8.1. In queste circostanze, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione di non entrata in materia confermata. Il ricorso, manifestamente infondato, può essere risolto da un giudice unico (art. 85^{bis} della legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti [LAVS, RS 831.10] al quale rinvia l'art. 69 cpv. 2 LAI).

8.2. La documentazione medica trasmessa dall'insorgente con il ricorso ha reso plausibile una modifica del grado d'invalidità dell'interessato. L'Ufficio AI del Cantone Ticino, in sede di duplice, si è quindi dichiarato disposto a considerare il ricorso quale nuova domanda di rendita e a esaminarla sul merito. È quindi opportuno rinviare l'incarto all'autorità inferiore affinché proceda in tal senso.

9.

9.1. Le spese processuali, ammontanti a Fr. 400.-, sono poste a carico del ricorrente e sono compensate con l'anticipo già fornito il 28 aprile 2011.

9.2. Visto l'esito del ricorso, non sono riconosciute indennità per spese ripetibili.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Gli atti sono rinviati all'autorità inferiore perché proceda ai sensi del considerando 8.2.

3.

Le spese processuali, di Fr. 400.-, sono poste a carico del ricorrente e sono compensate con l'anticipo già fornito.

4.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

5.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- 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: