



Corte III
C-7467/2009
{T 0/2}

Sentenza del 1° luglio 2010

Composizione

Giudice unico: Francesco Parrino;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____, rappresentato dal Patronato INCA,
Ufficio legale, casella postale 287, 4005 Basilea,
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
10 novembre 2009)

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il _____, coniugato con prole, ha lavorato in Svizzera, come frontaliere, a partire dal 1990, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia. Era alle dipendenze, dal giugno 1995, della ditta B._____ di Manno come addetto allo scarico della catena di controllo qualità delle ruote finite, lavoro che ha regolarmente svolto fino al 19 aprile 2007, quando si è ammalato.

In data 2 novembre 2007, A._____ ha formulato una prima domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

B.

L'Ufficio AI del Cantone Ticino ha acquisito agli atti l'incarto della Cassa malati "57", Lugano (CM). Da questa documentazione emerge una relazione del Dott. Klauser (medico di detta assicurazione) del 6 luglio 2007, il quale rileva una sindrome coronarica acuta il 19 aprile 2007, su malattia coronarica bivasale (...), posa di stent, funzione ventricolare conservata, sindrome lomboradicolare nota dal 1989 con esiti di asportazione di ernia discale (1989), sindrome ansiosa, sindrome da impingment spalla sinistra; l'esperto di parte, ritenendo un'incapacità provvisoria totale (definitiva nel suo precedente lavoro), ha proposto di attendere i risultati di ulteriori esami già previsti in Italia. Il paziente, secondo il medico della CM, sarebbe comunque già in grado di svolgere attività di ripiego leggere semisedentarie in misura completa. Con decisione del 16 ottobre 2007, la CM ha ritenuto il paziente abile in ogni attività a lui consona, il che comporterebbe una perdita di guadagno minima; la CM ha quindi concesso un periodo di copertura di 4 mesi fino al 15 febbraio 2008. L'assicurato ha formulato opposizione contro questo provvedimento. L'ulteriore visita presso il Dott. Klauser, del 4 ottobre 2007, ha confermato l'inesigibilità del precedente lavoro e la proponibilità di attività sostitutive in misura completa. Mediante decisione su opposizione del 27 novembre 2007, la CM ha ribadito il suo precedente provvedimento.

Dal canto suo, l'Ufficio AI ha fatto esibire la documentazione medica italiana riguardante l'episodio cardiaco del 19 aprile 2007 e le successive cure ed i controlli (scintigrafia miocardica, cartella clinica

relativa al ricovero d'urgenza dell'aprile 2007 con posa degli stent, esami specialistici cardiologici). La perizia medica particolareggiata (E 213) del 6 novembre 2007 ha posto in evidenza gli esiti della sindrome coronarica acuta dell'aprile 2007 trattata con PTCA + stent complesso, ipertensione arteriosa in buon compenso terapeutico, diabete non insulino-dipendente, lombosciatalgia in esiti di intervento di ernia discale al V lombare (1989), esiti di shaving rotuleo destro (2002) e condilofemorale mediale per condropatia, sindrome depressiva reattiva, tendinopatia spalla sinistra ed un tasso d'invalidità del 70%.

C.

L'Ufficio AI ticinese, con comunicazione del 14 dicembre 2007, in base alle risultanze mediche e l'audizione dell'interessato, ha avviato la procedura di collocamento (consulenza e sostegno), l'interessato essendo ancora in grado di svolgere una discreta gamma di attività di sostituzione. Nel gennaio 2008, l'assicurato ha partecipato ad un colloquio con il datore di lavoro ed un responsabile AI, ove si è stato deciso che egli avrebbe ripreso (per la stessa ditta) un'attività lucrativa più leggera (cambio linea di produzione, lavoro diurno esclusivamente) senza riduzione di salario. Il lavoro sarebbe cominciato il 18 febbraio 2008. Con progetto di decisione del 24 gennaio 2008, l'Ufficio AI del Cantone Ticino ha disposto la non esistenza dei presupposti per concedere una rendita (segnatamente un anno intero d'incapacità al lavoro e di guadagno del 40% almeno).

Con decisione dell'11 marzo 2008, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), competente nella fattispecie, ha emanato una decisione conformemente al progetto.

D.

In data 19 maggio 2009, A. _____ ha presentato, per il tramite del Patronato INCA di Bellinzona, una nuova domanda di rendita AI. Alla richiesta erano allegati un referto medico 6 febbraio 2009 del Dott. D'Agostino attestante un ernia discale L5-S1 (in attesa di intervento chirurgico) provocante fenomeni di lombosciatalgia; un certificato del Dott. Camboni, neurologo/psichiatra del 27 maggio 2009 attestante un disturbo dell'adattamento con sindrome ansio-depressiva in situazione attuale instabile.

L'incarto è stato sottoposto in esame al Dott. Billiter, dell'UAI Ticino, il quale, nella nota del 1° luglio 2009, ha affermato che mancherebbero

diversi documenti a comprova di un eventuale peggioramento dello stato di salute (e della capacità di lavoro) del nominato e l'onere di tale prova incomberebbe all'assicurato.

Con progetto di decisione del 22 settembre 2009, l'Ufficio AI cantonale ha disposto la non entrata in materia della nuova domanda. Nel testo del progetto, fra l'altro, il richiedente è stato invitato a voler esibire un rapporto medico esaustivo correlato da documentazione oggettiva. Il Patronato INCA ha avuto modo di visionare l'incarto, ma non ha preso posizione in merito al progetto di cui sopra.

Con decisione del 10 novembre 2009, l'UAIE ha quindi disposto la non entrata in materia della nuova domanda.

E.

Con il ricorso depositato il 1° dicembre 2009, A._____, sempre rappresentato dal Patronato INCA, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, l'entrata in materia da parte dell'amministrazione. L'insorgente fa presente che è intervenuto un notevole cambiamento rispetto alla situazione precedente, segnatamente per quel che concerne l'apparato osteoarticolare. Ricorda che ha dovuto farsi ricoverare nell'agosto 2009 per un'operazione di micro-dissectomia. Produce copia della cartella clinica relativa.

F.

Ricevuto il gravame, l'Ufficio AI cantonale ha sottoposto gli atti al Dott. Erba, del proprio servizio medico, il quale, nella sua relazione del 19 gennaio 2010, ha ammesso che con la produzione della cartella clinica, l'assicurato ha fatto risultare una sostanziale modifica del suo stato di salute rispetto al momento della decisione del 2008. Se dovesse essere appurato che l'assicurato non esercita più un'attività lucrativa, osserva il medico, sarebbe indicata una perizia SAM.

Nella sua risposta di causa del 25 gennaio 2010, l'Ufficio AI del Cantone Ticino propone che la decisione sia confermata ed il ricorso respinto perché, perlomeno fino alla data della stessa, l'interessato non aveva provato il mutamento della situazione rispetto al periodo precedente. L'Ufficio AI cantonale precisa che provvederà ad istruire il caso considerando l'atto allegato al ricorso quale nuova domanda di rendita. Nelle osservazioni ricorsuali del 29 gennaio 2009, l'UAIE aderisce alla proposta dell'Ufficio AI del Cantone Ticino.

G.

Con decisione incidentale del 4 febbraio 2010, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha invitato la parte ricorrente a voler versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Parimenti ha inviato copia delle risposte degli Uffici AI (con il parere del Dott. Erba) alla stessa e l'ha invitata a replicare.

L'anticipo richiesto è stato versato il 26 febbraio 2010, mentre l'insorgente, con scritto dell'11 marzo 2010, ha confermato quanto chiesto con il ricorso.

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 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).

2.

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.

2.1 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.

2.2 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il ricorrente ha versato un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

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). 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).

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).

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.

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 130 V 445 consid. 1.2).

5.

5.1 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. 2 e 3 dell'ordinanza federale 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 109 V 114 consid. 2a). 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 (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87 OAI, Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

5.2 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 (DTF 125 V 410 consid. 2b). 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 (v. sentenze del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti, 9C_860/2007 del 10 dicembre 2008 consid. 5 e I 52/03 del 16 gennaio 2004 consid. 3).

5.3 In concreto, la decisione, cresciuta in giudicato, che ha rifiutato di accordare al ricorrente una rendita (o altra prestazione) d'invalidità, è stata resa l'11 marzo 2008. Il ricorrente ha poi presentato la sua seconda domanda di prestazioni AI il 19 maggio 2009, sulla quale l'UAIE ha rifiutato di entrare in materia mediante decisione del 10 novembre 2009. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato dall'11 marzo 2008 al 10 novembre 2009.

6.

6.1 In concreto, dalla documentazione sanitaria ad atti raccolta nell'ambito della prima domanda di prestazioni, risulta che l'assicurato soffre di esiti da un episodio di sindrome coronarica acuta il 19 aprile 2007 su malattia coronarica bivasale, posa di doppio stent, funzione ventricolare conservata, sindrome lomboradicolare nota sin dal 1989 in esiti di asportazione di ernia discale lombare (V), sindrome da impingement alla spalla sinistra, sindrome ansio-depressiva (cfr. i rapporti del Dott. Klauser per la Cassa malati "57" del 6 luglio e 4 ottobre 2007; perizia medica particolareggiata del 6 novembre 2007).

La domanda di prestazioni è poi stata respinta in quanto nel febbraio 2008 l'interessato ha ripreso a lavorare, per la stessa ditta, con mansioni meno onerose e senza riduzione di salario.

6.2 Con la nuova domanda di prestazioni AI, l'assicurato si è limitato a produrre un succinto certificato medico 6 febbraio 2009 (Dott. D'Agostino) attestante un'ernia discale L5-S1 (in attesa di intervento chirurgico) ed un altro certificato del Dott. Camboni, psichiatra, del 27 maggio 2009 attestante una sindrome ansio-depressiva di tipo instabile. Dal referto del Dott. D'Agostino si evince solamente che il paziente sarebbe in malattia dal 7 novembre 2008.

6.3 Ora, anche se questi brevi referti sanitari sono stati sottoposti al Dott. Billiter, medico di fiducia dell'Ufficio AI del Cantone Ticino, questi ha osservato che per entrare nel merito della domanda il richiedente avrebbe dovuto produrre (come da sua incombenza) un rapporto medico esaustivo correlato da esami radiologici inerenti la patologia sofferta, indicante con precisione la diagnosi, l'evoluzione clinica della medesima, le funzioni organiche limitate da tale affezione, i trattamenti in corso e la formulazione della prognosi (...). Ora, la domanda in parola, era ben lungi dal documentare e provare un peggioramento della capacità di lavoro e di guadagno.

Secondo la giurisprudenza, per giudicare se vi sono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve tenere conto, inoltre, del lasso di tempo intercorso tra la decisione precedente e quella che rifiuta di entrare in materia sulla domanda di revisione: gli indizi devono essere più circostanziati quando questo lasso di tempo è breve (SVR 2002 IV n. 10 consid. 1c).

Visto quanto precede, il giudice ritiene che l'assicurato non è riuscito a rendere plausibile che il suo stato di salute ha subito un peggioramento determinante fra l'11 marzo 2008 ed il 10 novembre 2009, di modo che non ha giustificato l'entrata in materia da parte dell'assicurazione AI sulla sua domanda di rendita presentata il 19 maggio 2009, perlomeno fino alla situazione di fatto conosciuta allora.

6.4 In sede ricorsuale l'insorgente ha prodotto una cartella clinica completa che attesta un ricovero ospedaliero nell'agosto 2009 per intervento di microdiscectomia L4/5 a destra e stabilizzazione interspinosa di L4/L5. Tale referto è stato sottoposto al Dott. Erba, dell'Ufficio AI cantonale, il quale ha ritenuto che il documento in parola dimostrerebbe una modifica dello stato di salute dell'interessato. L'amministrazione ha quindi proposto di considerare tale atto quale nuova domanda di rendita e si è impegnata ad istruire la pratica una volta terminata questa procedura di ricorso. In tal senso occorre rinviare gli atti all'amministrazione.

7.

7.1 In queste circostanze, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata. Il ricorso in esame può essere risolto da un giudice unico in applicazione dell'art. 69 cpv. 2 LAI.

7.2 Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo versato il 26 febbraio 2010.

7.3 Visto l'esito del ricorso non si assegnano 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 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]).

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 6.4 e statuisca di nuovo.

3.

Le spese processuali, di Fr. 300.- sono poste a carico del ricorrente. Esse sono computate con l'anticipo spese di Fr. 300.-.

4.

Non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili.

5.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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: