

BVGer C-1636/2012 vom 21. Mai 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-05-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1636_2012

FR: TAF C-1636/2012 du 21 mai 2013

IT: TAF C-1636/2012 del 21 maggio 2013

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 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). Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

E. 1.2

Secondo l'art. 3 lett. dbis 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). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

Conformemente all'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. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

E. 1.4

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

E. 2.1

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 parte, 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.

E. 2.2

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). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato, anche a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI, dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (RU 2002 1527, 2006 979 e 995, 2006 5851, 2009 2411 e 2421), in base alla quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, 2008 4219, 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce dal 1° giugno 2002 o successivamente, e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento n. 1408/71), ed il regolamento (CEE) n. 574/71 del Consiglio, del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 2009 4845).

E. 2.3

Secondo l'art. 3 del regolamento n. 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. Ciò detto, nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'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 257 consid. 2.4). Così, per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003, consid. 2).

E. 3.1

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della stessa al momento della decisione impugnata, 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). Le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), sono dunque applicabili in concreto, come lo sono le disposizioni della LPGGA, se e per quanto la LAI lo preveda (art. 2 LPGGA).

E. 3.2

Il giudice delle assicurazioni sociali analizza 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 citata). Egli può tuttavia tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138, vedi anche 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). Ne discende che, in concreto, il periodo di cognizione di questo Tribunale si estende fino al 6 marzo 2012, data della decisione avversata.

E. 4.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 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.

E. 4.2

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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, 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 svizzero o dell'UE e vi risiede.

E. 4.3

Il diritto alla rendita, secondo 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 sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

E. 4.4

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 cpv. 1 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).

E. 4.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 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, 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. 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; Pratique VSI 2000 pag. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

E. 5

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una mezza rendita d'invalidità anche dopo il 30 aprile 2012.

E. 6.1

Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

E. 6.2

Conformemente all'art. 87 cpv. 2 OAI, la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità.

E. 6.3

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). L'aumento della rendita avviene al più presto, se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (art. 88bis cpv. 1 lett. b). La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a).

E. 6.4

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). Va ancora rilevato che la semplice valutazione diversa di circostanze di fatto che sono rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1

LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non deve giustificare un riesame senza condizioni del diritto alla rendita (cfr. anche: Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, pag. 15).

E. 7

Al fine di giudicare se sussistono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve considerare il periodo tra la decisione iniziale e quella che pronuncia la revisione. Decisioni intercalari sono pertinenti unicamente se sono state emesse sulla base di una nuova valutazione materiale del grado d'invalidità, ossia dopo delucidazione dei fatti, apprezzamento delle prove e esecuzione del raffronto dei redditi (DTF 133 V 108). In concreto, la decisione iniziale è stata pronunciata il 18 dicembre 1993 (incarto UAI-BE) e la decisione di revisione, qui impugnata, è stata emessa il 6 marzo 2012 (incarto UAIE, doc. 71). Con decisioni intercalari intervenute l'11 ottobre 2000 e il 24 maggio 2004 (decisioni materiali), nonché il 21 dicembre 2007 (decisione formale; incarto UAIE, doc. 4 a 29), la prestazione attribuita è sempre stata confermata. Nell'ambito della terza revisione, terminatasi con la decisione del 21 dicembre 2007, l'UAIE ha proceduto ad un esame materiale del grado d'invalidità. Ne consegue che, seguendo la giurisprudenza, il periodo di riferimento per giudicare se verosimilmente è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, tale da giustificare la riduzione della mezza rendita ad un quarto di rendita, come disposto dall'UAIE, è quello tra il 21 dicembre 2007 ed il 6 marzo 2012.

E. 8

Il giudice delle assicurazioni sociali fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti). Egli deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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). 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). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 pag. 109).

E. 9.1

In concreto, secondo le indicazioni all'incarto, il ricorrente ha cessato di lavorare nel 1995, ossia quando è rientrato in Italia, per cui occorre fondarsi sui documenti medici allo scopo di valutare la sua capacità lavorativa (cfr. consid. 4.5).

E. 9.2

Dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia particolareggiata E 213 del dott. B._____, medico dell'INPS, del 13 ottobre 2010 (incarto UAIE, doc. 39), dalle perizie dei dottori C._____, reumatologo, del 28 marzo 2011, e D._____, neurologo, del 20 luglio 2011 (incarto UAIE, doc. 51 a 53), nonché dal rapporto finale del dott. E._____, internista, medico dell'UAIE, del 19 agosto 2011 (incarto UAIE, doc. 57), e dal parere del dott. F._____, reumatologo, medico dell'UAIE, del 6 agosto 2012 (incarto UAIE, doc. 74), emerge la diagnosi, con influsso sulla capacità lavorativa, di sindrome panvertebrale cronica su diffuse alterazioni degenerative con protrusioni discali su più livelli, di stato dopo trauma cranico nel 1990 (commozione cerebrale, frattura cranica in sede temporo-parietale destra, sviluppo di un ematoma epidurale, evacuato, di disturbi neuropsicologici, di cefalee miotensive croniche e di una sindrome vertiginosa), e di sindrome ansioso-depressiva in cura psichiatrica dal mese di marzo 2010 circa, nonché, senza influenza sulla capacità lavorativa, d'ipertensione arteriosa trattata, di calcolosi renale, d'obesità e di pregresso tabagismo. Questa diagnosi generale, che contempla tutti gli elementi espressi dai medici occupatisi del caso, non è condivisa unanimemente dagli stessi, come sarà messo in evidenza qui di seguito.

E. 9.3

Relativamente all'incidenza delle affezioni diagnosticate sulla capacità lavorativa, il dott. B._____ ha constatato, nella sua perizia E 213, che il ricorrente è in grado di svolgere regolarmente, a tempo pieno, il suo ultimo lavoro, attività semipesanti ed altre occupazioni confacenti, senza controindicazioni, valutando un grado d'invalidità, secondo criteri propri del diritto italiano, del 35%. Quanto ai periti incaricati dall'UAIE, il dott. C._____ ha formulato, da un punto di vista prettamente reumatologico, un'incapacità lavorativa per attività pesanti pari al 60%, medio-pesanti pari al 40% e leggere pari al 20%, escludendo peggioramenti sotto l'aspetto ortopedico-reumatologico dal 1° novembre 2007 (conclusione della terza procedura di revisione), mentre il dott. D._____ ha fissato una capacità lavorativa del 100% dal punto di vista strettamente neurologico. Più in particolare, il dott. C._____ ha sottolineato che il ricorrente soffre, sul piano psicologico e mentale, delle conseguenze del trauma cranico occorsogli nel 1990, con sviluppo di disturbi neuropsicologici, di una sindrome vertiginosa e di cefalee croniche miotensive, accompagnati da una sindrome ansioso-depressiva che potrebbe pure influenzare il suo stato psicofisico, quindi la sua capacità lavorativa, e ciò probabilmente in modo più marcato che non le sole patologie ortopedico-reumatologiche (perizia, pag. 10), che la limitazione della capacità lavorativa non dipende solamente dalle patologie alla colonna vertebrale, quanto piuttosto dalle problematiche neuropsicologiche e psichiatriche (perizia, pag. 11), affermando in conclusione di non credere che la sindrome algica cronica possa essere assimilata ad una sindrome somatoforme, e ciò per la presenza di alterazioni degenerative multisegmentali, ma che le patologie di natura neuropsicologica e psichiatrica possono almeno in parte influenzare il quadro clinico generale del ricorrente (perizia, pag. 12). Il dott. D._____ non ha indicato alcuna diagnosi nella sua perizia, ma ha rilevato uno stato neurologico e neuropsicologico praticamente normale, salvo un'incipiente compressione cronica del nervo mediano destro nel canale carpale, qualificata di non grave ed ininfluyente

sulla capacità lavorativa, nonché l'assenza di sequele neuropsicologiche e psicologiche dell'infortunio del 1990, le cefalee essendo praticamente scomparse così come le sensazioni vertiginose, legate eventualmente ad una disfunzione labirintica postraumatica non più evidente, mentre ha constatato la presenza di una sindrome astenica dal carattere piuttosto funzionale, senza deficit oggettivabili, di cervicalgie senza sindrome cervico-vertebrale né segni radicolari o midollari irritativi e tantomeno deficitari, e di lombalgie senza sindrome lombo-vertebrale e segni radicolari irritativi o deficitari ai membri inferiori, escludendo peraltro disturbi psichiatrici suscettibili di motivare un'incapacità lavorativa (perizia, pagg. 5 e 6). Dal canto suo, il dott. E. _____ ha confermato, nel suo rapporto finale del 19 agosto 2011, le conclusioni dei dottori C. _____ e D. _____, benché abbia rimproverato sostanzialmente alla perizia reumatologica una distinzione insufficiente tra le indicazioni soggettive del ricorrente e le osservazioni cliniche oggettive, integrando in definitiva nella diagnosi la sindrome ansioso-depressiva, definita però essere "compensata", e, contemporaneamente, nella parte del suo rapporto dedicata alla valutazione del caso, negando l'esistenza di disturbi depressivi, conformemente a quanto risulta dalla perizia neurologica.

E. 9.4

Visto quanto precede, questo Tribunale constata innanzitutto che i dottori C. _____ e D. _____, che non sono psichiatri, si sono ciononostante pronunciati sulla dimensione psichiatrica del caso, per di più in modo contraddittorio, il primo diagnosticando una sindrome ansioso-depressiva dal mese di marzo 2010 circa, il secondo escludendo invece la presenza di disturbi psichiatrici, e che il dott. E. _____ ha, da un lato, messo in dubbio l'esistenza di una tale patologia, e, dall'altro lato, l'ha integrata nella sua diagnosi, qualificandola però di "compensata". Oltre a ciò, questo Tribunale rileva che il dott. C. _____ ha espressamente ritenuto, come elementi diagnostici invalidanti, dei disturbi neuropsicologici, seguito in ciò dal dott. E. _____, mentre il dott. D. _____, nella sua qualità di neurologo, li ha chiaramente esclusi. Date queste contraddizioni diagnostiche, che di riflesso non permettono di adottare la valutazione dell'incapacità lavorativa espressa dai medici in questione, questo Tribunale non può giungere ad un parere attendibile riguardo alla pretesa del ricorrente di continuare ad avere diritto ad una mezza rendita d'invalidità anche dopo il 30 aprile 2012.

E. 10

Di conseguenza, il ricorso deve essere parzialmente accolto, la decisione avversata annullata e la causa rinviata all'UAIE in virtù dell'art. 61 cpv. 1 PA.

E. 11

Secondo l'art. 61 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso decide la causa o eccezionalmente la rinvia, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore. Benché questa norma permetta solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata in concreto, se si considera che è necessario delucidare le questioni, senza contraddizioni, della diagnosi e della capacità lavorativa (DTF 137 V 210, consid. 4.4.1.4). In concreto, l'UAIE dovrà procedere all'esecuzione di una perizia psichiatrica per delucidare la presenza o meno di disturbi psichici e valutare la loro eventuale influenza sulla capacità lavorativa, se del caso dopo essersi procurato l'incarto aggiornato della Suva. L'UAIE sottoporà quindi l'insieme degli atti al proprio servizio medico, il quale si pronuncerà a sua volta sulla diagnosi e sulla capacità lavorativa, dettagliando e

giustificando le proprie conclusioni. Dopo che il servizio medico avrà espresso il suo parere in questo senso, l'UAIE effettuerà, se necessario, un adeguato e circostanziato raffronto dei redditi, tenendo conto, per quanto concerne la riduzione per circostanze personali, della giurisprudenza federale in materia (DTF 126 V 75), ed emanerà quindi una nuova decisione impugnabile.

E. 12

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, non sono prelevate spese processuali e il relativo anticipo di Fr. 400.-, versato il 25 ottobre 2012, è restituito al ricorrente. Conformemente all'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). In concreto, considerato che il ricorrente ha agito per il tramite di un rappresentante professionale, per cui ha dovuto sostenere spese indispensabili e relativamente elevate, è giustificato assegnargli un'indennità per spese ripetibili di Fr. 800.-, a carico dell'UAIE (art. 7 e segg. del Regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale, del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]).

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