

BVGer C-2284/2022 vom 12. Juni 2024

Bundesverwaltungsgericht, 2024-06-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2284_2022

FR: TAF C-2284/2022 du 12 juin 2024

IT: TAF C-2284/2022 del 12 giugno 2024

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1

cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA. Salvo disposizioni transitorie contrarie, le nuove norme procedurali si applicano immediatamente e in piena misura con la loro entrata in vigore (DTF 129 V 113 consid. 2.2; 130 V 1 consid. 2.2).

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami

C-2284/2022 Pagina 6 che gli sono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2).

E. 1.2

Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

E. 1.3

La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art.

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

E. 2.1

Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 146 V 364 consid. 7.1; 139 V 335 consid. 6.2; 136 V 24 consid. 4.3).

E. 2.1.1

Il 1° gennaio 2022, sono entrate in vigore le modifiche del 19 giugno 2020 della LAI e della LPGA (Ulteriore sviluppo dell'AI; RU 2021 705; FF 2017 2191) e le modifiche del 3 novembre 2021 dell'Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201; RU 2021 706).

C-2284/2022 Pagina 7

E. 2.1.2

In caso di revisione della rendita, se la modifica determinante avviene prima del 1° gennaio 2022, si applicano le disposizioni della LPGA e le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021. Se la modifica determinante avviene dopo il 31 dicembre 2021, si applicano le disposizioni della LPGA e le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2022. La data della modifica determinante è determinata secondo l'art. 88a OAI (Circolare dell'UFAS sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità [CIRAI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° luglio 2022], cifre marginali 9100 e 9102 in combinazione con le cifre marginali 5500 a 5505).

E. 2.1.3

Nel caso in esame, questo Tribunale osserva che la documentazione medica allegata con la domanda di revisione del 9 novembre 2021 risale, al più presto, al 19 ottobre 2021. Pertanto, il diritto all'aumento della rendita d'invalidità potrebbe nascere al più presto il 1° gennaio 2022, ossia al più presto tre mesi dopo un eventuale peggioramento senza interruzione dello stato di salute del ricorrente che può essere fatto risalire al più presto al 19 ottobre 2021 (cfr. art. 88a cpv. 2 OAI in relazione con l'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI e DTF 105 V 262 [cfr. cifra marginale 5600 CIRAI]). Ne consegue che, alla presente fattispecie, sono applicabili le disposizioni legali in vigore dal 1° gennaio 2022.

E. 2.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 5 aprile 2022. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5, nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 2.3

con rinvii).

C-2284/2022 Pagina 19

E. 3.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliato in Spagna e sussiste un nesso transnazionale, il medesimo essendo stato assicurato all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità svizzera (AVS/AI; DTF 145 V 231 consid. 7.1, 143 V 354 consid.

C-2284/2022 Pagina 8 4, 143 V 81, in particolare consid. 8.1), per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.

E. 3.2

L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, 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 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 4 e art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4)

E. 4.1

L'UAIE ha reso il 5 aprile 2022 una decisione di revisione, ai sensi dell'art. 17 LPGGA, della rendita d'invalidità fino ad allora accordata al ricorrente.

E. 4.2

In virtù dell'art. 17 cpv. 1 LPGGA, per il futuro la rendita d'invalidità è aumentata, ridotta o soppressa, d'ufficio o su richiesta se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica di almeno 5 punti percentuali (lett.a) o aumenta al 100 per cento (lett. b).

E. 4.3

Nell'ambito di una revisione della rendita, al fine di accertare se il grado d'invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, occorre confrontare, da un lato, la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita, rispettivamente dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 147 V

C-2284/2022 Pagina 9 167 consid. 4.1; 133 V 108 consid. 5.4; sentenza del TF 9C_664/2013 del 15 gennaio 2014 consid. 4.4.1).

E. 4.4

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (DTF 130 V 343 consid. 3.5; sentenza del TF 9C_662/2014 del 23 aprile 2015 consid. 5.3.1), segnatamente in caso di miglioramento della capacità lavorativa a seguito di un adeguamento o di un adattamento alla disabilità (DTF 147 V 167 consid. 4.1). La modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3; sentenza del TF 9C_832/2018 del 27 febbraio 2019 consid. 5.2). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 5 con rinvii). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 141 V 9 consid. 2.3; sentenza del TF 8C_534/2014 del 13 agosto 2014 consid. 3.2).

E. 4.5

Se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modifica dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 141 V 9 consid. 2.3; sentenza del TF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (sentenze del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3 e 9C_418/2010 del 29 agosto 2011 consid. 3.1).

C-2284/2022 Pagina 10

E. 4.6

Affinché una rendita possa essere modificata, non è sufficiente che sia avvenuto un "qualsiasi" cambiamento delle circostanze fattuali determinanti. Una diagnosi aggiuntiva o il venire meno di una diagnosi non costituisce di per sé un motivo di revisione di una rendita. Un'ulteriore diagnosi comporta un peggioramento significativo dello stato di salute rispettivamente la revoca di una diagnosi costituisce un miglioramento significativo dello stato di salute se queste circostanze sono suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 141 V 9 consid. 5.2; sentenza del TF 8C_676/2018 del 20 febbraio 2019 consid. 3.2).

E. 4.7

Una revisione può essere intrapresa quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o di natura economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole, non per contro già in caso di diverso apprezzamento medico e/o giuridico di una fattispecie sostanzialmente rimasta invariata (DTF 130 V 343 consid. 3.5; sentenza del TF 8C_428/2017 del 30 ottobre 2017 consid. 2.1). L'accertamento sullo stato di salute e

sulle ripercussioni funzionali, fondato sulla valutazione dei rapporti medici agli atti, deve attestare l'effettivo cambiamento dello stato di salute precedentemente descritto (sentenza del TF 9C_418/2020 del 20 agosto 2011 consid. 4.2). La differente valutazione medica o giuridica di una situazione di fatto essenzialmente rimasta invariata non giustifica una revisione materiale. Eventuali differenze fondate unicamente su un diverso apprezzamento sono irrilevanti dal profilo del diritto alla revisione e devono pertanto essere distinte dalle modifiche fattuali che invece giustificano una revisione. Una conclusione medica che diverge da una precedente nonostante lo stato di salute esaminato non si sia modificato in maniera sostanziale è perlopiù riconducibile a un diverso esercizio del potere di apprezzamento medico (sentenza del TF 9C_408/2013 del 14 novembre 2013 consid. 2).

E. 4.8

In virtù dell'art. 88a cpv. 2 prima frase OAI, se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole.

E. 5.1

Al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per

C-2284/2022 Pagina 11 determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 140 V 193 consid. 3.2; 132 V 93 consid. 4). Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C_555/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1, 9C_745/2010 del 30 marzo 2011 consid. 3.2 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2). In presenza di rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti su cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

E. 5.2

Il giudice delle assicurazioni sociali 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 351 con- sid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del li- bero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla va- lutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fon- dano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi con- creti atti a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 con- sid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche

C-2284/2022 Pagina 12 che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giu- diziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministra- zione. Giova altresì rilevare che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), come pure in relazione allo scopo di trattamento del curante rispetto a quello di un medico perito, per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (sentenza del TF 9C_275/2022 del 6 settembre 2022 consid. 4.2). Tuttavia, il semplice fatto che un certificato od una perizia siano redatti dal medico curante non costituisce di per sé un motivo per metterne in dubbio l'attendibilità (DTF 125 V 351 consid. 3b/dd). Il medico curante pro- prio perché segue da più tempo il paziente può fornire importanti indica- zioni quanto all'accertamento dei fatti da un punto di vista medico (sen- tenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.3). I suoi rapporti possono essere atti a mettere in dubbio l'affidabilità e la concluzione dei pareri medici interni (DTF 135 V 465 consid. 4.5). Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione può essere attribuito pieno va- lore probatorio, a condizione che essi si rivelino concludenti, compiuta- mente motivati e privi di contraddizioni e che, inoltre, non sussistano degli indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicu- ratore non permette di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. De- vono piuttosto sussistere delle circostanze particolari che permettono di ri- tenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprez- zamento (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 5.3

Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è di principio consen- tito che il giudice delle assicurazioni sociali basi la propria decisione unica- mente sui rapporti di un medico interno all'assicuratore. Per quanto ri- guarda l'imparzialità e l'attendibilità di tali rapporti, devono tuttavia essere poste esigenze severe. Nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicura- zione, non è possibile fondarsi su tali rapporti ed occorre effettuare un com- pletamento dell'istruttoria (DTF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4; 122 V 157 consid. 1d). I pareri del servizio medico regionale (SMR) e del servizio medico dell'UAIE sono da considerare quali rapporti medici in- terni all'amministrazione (sentenze del TF

9C_159/2016 del 2 novembre 2016 consid. 2.2 e 8C_197/2014 del 3 ottobre 2014 consid. 4).

C-2284/2022 Pagina 13 I rapporti del servizio medico regionale (SMR) o del servizio medico dell'UAIE hanno per funzione – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e di formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). In presenza di rapporti medici contraddittori, devono indicare i motivi per cui si fondano su un rapporto piuttosto che su un altro o se occorre effettuare un complemento dell'istruttoria (DTF 142 V 58 consid. 5.1). Se i documenti agli atti non permettono di pronunciarsi sulle pretese giuridiche litigiose, non è possibile decidere unicamente sui rapporti medici interni all'amministrazione, ma occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (sentenza del TF 9C_58/2011 del 25 marzo 2011 consid. 3.3). Per l'art. 54a cpv. 2 a 4 LAI, i servizi medici regionali (SMR) sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato, determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGa, di esercitare un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nel caso specifico. Se occorre, i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati; mettono per scritto i risultati degli esami (art. 49 cpv. 2 OAI [RS 831.201]). Ai rapporti del SMR può essere attribuito pieno valore probatorio come alle perizie mediche esterne, a condizione che essi soddisfino i presupposti giurisprudenziali di una perizia medica (DTF 134 V 231 consid. 5.1) e siano redatti da un medico che dispone delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (DTF 137 V 210 consid. 1.2.1). Nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione dei pareri medici del SMR, non è possibile decidere unicamente sui rapporti SMR, ma occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (DTF 139 V 225 consid. 5.2; sentenza del TF 8C_262/2016 del 22 settembre 2016 consid. 4.2).

E. 6

Nel caso concreto, occorre esaminare se l'istruttoria effettuata dall'autorità inferiore sia sufficiente, o meno, per potere statuire nel caso di specie.

E. 6.1

Questo Tribunale rileva che il 6 luglio 2021, momento in cui è stato riconosciuto al ricorrente il diritto di percepire una mezza rendita

C-2284/2022 Pagina 14 d'invalidità, sono state poste le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: coxartrosi bilaterale su displasia delle anche, sindrome lombospondilogenica cronico-ricidivante su alterazioni degenerative e canale spinale costituzionalmente stretto, obesità, periartropatia alle spalle, nonché pseudoartrosi dopo frattura della clavicola a sinistra osteosintetizzata. Quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, è stato indicato un disturbo dell'adattamento (cfr. in particolare le prese di posizione dei medici SMR dell'8 ottobre 2020 [doc. UAIE 103], del 6 novembre 2020 [doc. UAIE 108] del 21 gennaio 2021 [doc. UAIE 112] e del 13 aprile 2021 [doc. UAIE 134]). È stato altresì ritenuto che, per le patologie aventi un'incidenza sulla capacità

lavorativa sopra menzionate, il ricorrente presentava un'incapacità lavorativa, nell'attività abituale di meccanico, del 100% dal 28 luglio 2006, mentre in attività sostitutive medicalmente esigibili, presentava un'incapacità lavorativa del 100% dal 28 luglio 2006 al 31 agosto 2008, del 30% dal 19 febbraio 2018 e del 50% dal 1° aprile 2021 (doc. UAIE 134).

E. 6.2.1

Nell'ambito della procedura di revisione, promossa dall'insorgente con domanda del 9 novembre 2021, nelle proprie prese di posizione del 2 dicembre 2021 (doc. UAIE 164) e del 6 marzo 2022 (doc. UAIE 184), il dott. C._____, medico SMR, specialista in medicina generale, ha ritenuto che la documentazione medica trasmessa dal ricorrente confermava le alterazioni degenerative dell'apparato locomotorio – segnatamente alla colonna lombare, alle anche e alle ginocchia – con le conseguenti limitazioni funzionali (pure nelle attività della vita quotidiana) già note e che un lavoro sedentario con la possibilità di fare delle pause supplementari rimanesse esigibile al 50%.

E. 6.2.2

Nel contesto della presente procedura ricorsuale, con presa di posizione del 1° settembre 2022, il dott. C._____ ha ritenuto esservi stato un peggioramento dello stato di salute dell'insorgente posteriore alla data della decisione impugnata, ossia a decorrere dal 22 aprile 2022. Con riferimento al rapporto reumatologico del Servizio di reumatologia dell'ospedale D._____, Spagna, del 22 aprile 2022, il dott. C._____ ha osservato la presenza di segni per una lombosciatalgia bilaterale e un aumento delle limitazioni della mobilità delle anche che non permettono di spostarsi e di restare nella stessa posizione corporea a lungo. Il medico dell'UAIE ha altresì considerato un aumento degli impedimenti funzionali e ritenuto un'incapacità lavorativa del 70%, anche per un lavoro adatto, a decorrere dal 22 aprile 2022.

C-2284/2022 Pagina 15

E. 6.3

Questo Tribunale ritiene che le valutazioni del dott. C._____ non possono essere condivise in riferimento alla situazione esistente fino alla data della decisione impugnata perché contrarie alle risultanze processuali, conto tenuto che da numerosa documentazione medica di cui agli atti di causa (di data anteriore alla decisione impugnata) emergono, come si dirà in seguito, molteplici peggioramenti delle patologie di cui è affetto il ricorrente suscettibili di incidere sulla capacità lavorativa.

E. 6.4

Quanto allo stato di salute dell'insorgente, questo Tribunale rileva quanto segue.

E. 6.4.1

Per quanto concerne l'affezione alle anche, questo Tribunale osserva che il 6 luglio 2021 al ricorrente era stata diagnosticata una coxartrosi bilaterale su displasia delle anche. La stessa era stata descritta come severa, con dolore alla deambulazione, nonché con lesioni osteocondrali di 15 mm a destra e 18 mm a sinistra (cfr. doc. UAIE 80, 85, 89, 90, 93, 103, 104, 127 pag. 1, 135 e 136). Dalla documentazione medica trasmessa dal ricorrente, in particolare dalla RM del 21 ottobre 2021 (doc. UAIE 159 pag. 1), emerge che la lesione dell'anca femorale destra è di 27 mm (quindi quasi raddoppiata rispetto a 7 mesi prima, v.

RM del 16 marzo 2021 [doc. UAIE 127 pag. 1]), mentre la lesione a sinistra è rimasta stabile a 18 mm. Nel rapporto del Servizio di reumatologia dell'ospedale D._____, Spagna, dell'8 novembre 2021 (doc. UAIE 160), con riferimento alla menzionata RM delle anche del 21 ottobre 2021, la patologia viene descritta come un'osteocondrosi severa delle anche con deformità delle stesse e coxartrosi che causano, fra le altre, difficoltà nell'esercitare attività sia in piedi che seduto. Nell'"Informe de consulta" dell'8 novembre 2021 (doc. UAIE 161), viene altresì precisato che, fra le altre, la coxartrosi severa e l'osteonecrosi impediscono al ricorrente di realizzare una vita normale: è limitato totalmente nelle attività in piedi o seduto e non può essere considerato abile per nessun tipo di lavoro. Pure nel rapporto del Servizio di reumatologia dell'ospedale D._____, Spagna, del 20 gennaio 2022 (doc. UAIE 182) viene ribadita la difficoltà, a causa delle menzionate affezioni all'apparato locomotorio, a realizzare le attività abituali quotidiane, a sedersi, a fare attività fisica e a restare in maniera prolungata seduto o in piedi. Conto tenuto che dalla documentazione medica emerge un'evoluzione, nel senso di un peggioramento, dell'osteocondrosi alle anche con lesioni severe, di 27 mm a destra (che era "solo" di 15 mm a destra il 16 marzo 2021) e 18 mm a sinistra il 21 ottobre 2021 (stabile rispetto al 16 marzo 2021), nonché che l'8 novembre 2021 sono state segnalate difficoltà e limitazioni sia nelle attività di vita quotidiana sia nell'eseguire attività sia in piedi che seduto, questo Tribunale non può manifestamente aderire alle valutazioni del 2

C-2284/2022 Pagina 16 dicembre 2021 (doc. UAIE 164) e del 6 marzo 2022 (doc. UAIE 184) del dott. C._____ (peraltro non specialista in reumatologia), secondo cui la documentazione medica trasmessa con la domanda di revisione della rendita conferma le alterazioni degenerative dell'apparato locomotorio con i rispettivi impedimenti funzionali già noti.

E. 6.4.2

Per quanto riguarda la problematica alle ginocchia, questo Tribunale osserva che il 6 luglio 2021 non era stata posta alcuna diagnosi (con o senza influsso sulla capacità lavorativa) concernente le ginocchia (nonostante che nella perizia medica particolareggiata E 213 del 19 ottobre 2020 fosse stata fatta menzione, fra le altre, di una gonalgia tra le affezioni principali di cui si doleva il ricorrente [cfr. punto 3.2 pag. 2 del doc. UAIE 104]). Con la domanda di revisione della rendita del 9 novembre 2021, l'insorgente ha trasmesso all'autorità inferiore, tra le altre, le RM delle ginocchia del 21 ottobre 2021 (doc. UAIE 159 pag. 2 e pag. 3). Dalla RM del ginocchio sinistro del 21 ottobre 2021 emerge una condromalacia/condropatia della rotula di grado 1 con alterazione dell'intensità del segnale della cartilagine della rotula senza innalzamento, mentre, dalla RM del ginocchio destro del 21 ottobre 2021, emerge una condromalacia/condropatia della rotula di grado 4 con alterazione dell'intensità del segnale della cartilagine della rotula con irregolarità e severo innalzamento, con lesione osteocondrale della rotula di 7 mm, senza segni di instabilità. Nei rapporti del Servizio di reumatologia dell'ospedale D._____, Spagna, dell'8 novembre 2021 (doc. UAIE 160) e del 20 gennaio 2022 (doc. UAIE 182) è stata posta, fra le altre, la diagnosi di condromalacia/condropatia della rotula bilaterale. Conto tenuto che l'iniziale "semplice" gonalgia (ossia un generico dolore al ginocchio) segnalata nella perizia E 213 del 19 ottobre 2020 è progredita, nel senso di un peggioramento, in una condromalacia/condropatia della rotula di grado 1 a sinistra e di grado 4 a destra (è noto che il quarto è il grado più grave della patologia), questo Tribunale non può manifestamente condividere le valutazioni del 2 dicembre 2021 (doc. UAIE 164) e del 6 marzo 2022 (doc.

UAIE 184) del dott. C. _____ (peraltro non specialista in reumatologia), secondo cui la documentazione medica trasmessa con la domanda di revisione della rendita conferma le alterazioni degenerative dell'apparato locomotorio con i rispettivi impedimenti funzionali già noti.

E. 6.4.3

Per quanto attiene alle affezioni alla colonna vertebrale, questo Tribunale osserva che il 6 luglio 2021 era stata posta la diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronico-recidivante su alterazioni degenerative e canalicolare spinale costituzionalmente stretto. Segnatamente, nella RM della colonna lombare del 16 marzo 2021, era stato attestato che il ricorrente era affetto da spondilosi, artrosi interapofisaria, osteocondrosi generalizzata,

C-2284/2022 Pagina 17 protrusioni discali in L2-L3, L4-L5 e L5-S1, protrusione anulare diffusa L3-L4, nonché stenosi moderata del canale in L2-L3, L3-L4, L4-L5 e L5-S1 (doc. UAIE 127 pag. 2; v. anche rapporto reumatologico del 1° aprile 2021 [doc. UAIE 136]). Dalla documentazione trasmessa dal ricorrente con la domanda di revisione, in particolare dalla RM della colonna lombare del 19 ottobre 2021 (doc. UAIE 157), emerge che il quadro clinico della colonna lombare – nonostante la (nuova) diminuzione dell'altezza degli spazi discali in L1-L2, L2-L3 e L4-L5 – è ritenuto come invariato rispetto alla precedente RM. Tuttavia, questo Tribunale osserva che nel rapporto di reumatologia del 22 aprile 2022 (allegato al doc. TAF 1) la stenosi del canale è ritenuta – per la prima volta – quale severa, ciò che appare costituire un peggioramento (da moderata a severa). Pertanto, tenuto conto della vicinanza del rapporto reumatologico del 22 aprile 2022 con la data della decisione impugnata del 5 aprile 2022 e considerato che il peggioramento della stenosi del canale, patologia continuativa e degenerante, appare poter essere intervenuta in data anteriore alla pronuncia della decisione impugnata medesima, anche da questo profilo il caso non può ritenersi essere stato sufficientemente acclarato (v. anche consid. 2.2 della presente sentenza). Considerato altresì del fatto che il ricorrente – affetto da diverse patologie di tipo neurologico – non è mai stato esaminato da un neurologo (fatta eccezione dell' "Informe de consulta" del 12 settembre 2018 [doc. UAIE 81]), questo Tribunale ritiene che – nell'ambito del rinvio degli atti per effettuare accertamenti in ambito reumatologico – si giustifica pure l'espletamento di una perizia neurologica.

E. 7

Per conseguenza, la decisione impugnata del 5 aprile 2022, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento.

E. 8.1

Quando il TAF annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (art. 61 PA). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

C-2284/2022 Pagina 18

E. 8.2

Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione. L'autorità inferiore dovrà in particolare fare effettuare una perizia bidisciplinare in reumatologia e neurologia, da svolgersi in Svizzera (i periti dovendo conoscere i principi della medicina assicurativa svizzera [v., fra le altre, le sentenze del TAF C-4118/2020 del 18 febbraio 2022 consid. 10.3, C-2102/2020 del 27 gennaio 2022 consid. 7.11 e C-5774/2019 del 26 agosto 2021 consid. 6.2]), nonché ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse rendere ancora necessario.

E. 8.3

Peraltro, e in siffatte circostanze, nulla – neppure la più recente giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) – si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza di tali accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute e la capacità lavorativa del ricorrente, nonché sulla loro evoluzione nel tempo. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (in particolare quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un accertamento peritale in un ambito che non è stato (o comunque insufficientemente) chiarito nella procedura di prima istanza, ma che lo avrebbe potuto essere prima dell'emanazione della decisione litigiosa, gli elementi per dovere agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Peraltro, il Tribunale federale ha già avuto modo pure di precisare che in virtù dell'art. 43 LPGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid.

E. 8.4

Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4). In altri termini, e nell'ambito della nuova procedura dinanzi all'autorità inferiore, una soppressione rispettivamente diminuzione della mezza rendita accordata al ricorrente non è ipotizzabile (cfr. sentenza del TAF C-400/2015 del 13 maggio 2015 consid. 9.3 con rinvii), dal momento che le patologie somatiche già accertate comportano sicuramente la conferma della mezza rendita concessa già con decisione del 6 luglio 2021, ritenuto altresì che secondo le prese di posizione del medico del servizio medico dell'UAIE del 2 dicembre 2021 (doc. UAIE 164), del 6 marzo 2022 (doc. UAIE 184) e del 1° set-

tembre 2022 (allegata al doc. TAF 9) non è mai intervenuto un miglioramento dello stato di salute del ricorrente nel periodo determinante, ma, tutt'al più, un peggioramento. Nell'ambito della procedura consecutiva a questa sentenza del TAF, resta pertanto aperta solo la questione di sapere se gli ulteriori accertamenti sullo stato di salute e sulla residua capacità lavorativa siano suscettibili di giustificare una rendita maggiore di quella di cui il ricorrente già beneficia e, se del caso, a decorrere da quale momento.

E. 9.1

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione (DTF 137 V 210 consid. 7.1; sentenze del TF 8C_437/2017 del 21 febbraio 2018 consid. 6 e 8C_75/2017 del 24 ottobre 2017 consid. 6).

E. 9.2

Visto l'esito della causa, ritenuto che il ricorrente è vincente in causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 800.-, corrisposto con versamenti del 13 giugno 2022 e del 12 luglio 2022, sarà restituito al ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato. Nessuna spesa processuale è messa a carico dell'autorità inferiore (art. 63 cpv. 2 PA).

E. 9.3

Ritenuto che l'insorgente, anche se vincente in causa, non è rappresentato in questa sede da mandatario professionale e che non ha fatto valere, né risulta ad un esame d'ufficio, che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla presente procedura di ricorso, non si giustifica l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 cpv. 1 PA in combinazione con l'art. 7 del regolamento del 21 febbraio 2008

C-2284/2022 Pagina 20 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

(dispositivo alla pagina seguente)

C-2284/2022 Pagina 21 Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:
1. Il ricorso è accolto nel senso che la decisione impugnata del 5 aprile 2022 è annullata – nella misura in cui è negato al ricorrente il diritto di percepire una rendita superiore a quella che percepisce dal 1° luglio 2021 – e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al complemento dell'istruttoria e alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi. 2. Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 800.-, corrisposto con versamenti del 13 giugno 2022 e del 12 luglio 2022, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato. 3. Non si attribuiscono spese ripetibili. 4. Questa sentenza è comunicata al ricorrente, all'autorità inferiore e all'UFAS.

Il presidente del collegio: La cancelliera:

Vito Valenti Anna Borner

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

C-2284/2022 Pagina 22 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

adempite le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). 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:

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