

BVGer C-2679/2014 vom 15. Februar 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-02-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2679_2014

FR: TAF C-2679/2014 du 15 février 2016

IT: TAF C-2679/2014 del 15 febbraio 2016

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

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, i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

E. 1.3

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 LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

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 LPGGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1

Al ricorrente è di principio applicabile l'ALC (RS 0.142.112.681).

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). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

E. 2.3

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

E. 2.4

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

E. 3.1

Dal profilo temporale 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 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di rendita AI essendo stata presentata il 31 gennaio 2012 (doc. A 1-1 a 1-6), al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

E. 3.2

Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 31 gennaio 2012. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 29 LAI prevede che 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'art. 29 cpv. 1 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI). Giova peraltro rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. 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. 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 e 121 V 362 consid. 1b).

E. 4.1

L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è

considerata incapacità al guadagno la 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. 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).

E. 4.2

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

E. 4.3

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

E. 5.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 5.2

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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.

E. 5.3

Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 393 consid. 2.1 e relativi riferimenti).

E. 6

In virtù dell'art. 43 LPGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PC (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 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 (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

E. 7.1

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. 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. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante 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 e 125 V 351 consid. 3).

E. 7.2

In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del Tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del TF U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del TF I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 7.3

Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

E. 7.4

Non va infine dimenticato che se vi sono dei 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 in cui si

evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 8.1

Nel gravame, il ricorrente rimprovera all'autorità inferiore di non avere sufficientemente motivato la decisione impugnata e fa valere una violazione del suo diritto di essere sentito, l'UAIE non essendosi confrontato nella decisione impugnata con il contenuto dei rapporti medici che egli ha prodotto con le osservazioni del 14 gennaio 2014 al progetto di decisione (doc. A 83-1 a 83-4).

E. 8.2

L'obbligo della motivazione (art. 35 PA) è formalità essenziale e se, da un lato, rappresenta un limite intrinseco alla libertà di convincimento, costringendo l'autorità giudicante a rendere ragione della razionalità del percorso seguito per giungere alla decisione, dall'altro si configura quale premessa logica imprescindibile per l'esercizio del successivo controllo sulle linee di formazione di quel convincimento. Per conseguenza, attraverso doverosi passaggi argomentativi imperniati sull'indicazione delle risultanze probatorie legittimamente acquisite nonché sull'indicazione dei criteri di valutazione impiegati, l'autorità giudicante dovrà in concreto ricostruire, anzitutto per la propria consapevolezza, il percorso logico-conoscitivo che l'ha condotta ad apprezzare in un certo modo le prove disponibili e a trarne determinate conclusioni. Pertanto, essa ha l'obbligo d'esplicitare, nel modo più rigoroso e completo, la motivazione posta a fondamento della decisione adottata, ancorando così il principio del libero convincimento all'esigenza d'indicazione specifica dei risultati acquisiti e dei criteri adottati, allo scopo d'evitare che detto principio venga attuato per un uso arbitrario. Invero, nella motivazione della decisione, l'autorità non è tenuta a compiere un'analisi approfondita di tutte le deduzioni delle parti e a prendere in esame dettagliatamente tutte le risultanze processuali, essendo sufficiente che, anche attraverso una valutazione globale di quelle deduzioni e risultanze, spieghi, in modo logico ed adeguato, le ragioni che hanno determinato il suo convincimento, dimostrando d'aver tenuto presente ogni fatto decisivo (DTF 129 I 232 consid. 3.2; sentenza del TAF C-6774/2009 del 21 dicembre 2009 consid. 4.1). Peraltro, l'esigenza della motivazione aumenta allorquando l'applicazione della legge implica l'esercizio del potere di apprezzamento o l'interpretazione di una norma giuridica indeterminata (DTF 134 I 83 consid. 4.1; 129 I 232 consid. 3.3 e relativi riferimenti nonché sentenza del TF 2C_105/2009 del 18 settembre 2009 consid. 5.1). Se questi precetti vengono disattesi, il vizio formale comporta di norma l'annullamento della decisione indipendentemente dalle possibilità di successo del ricorrente nel merito (DTF 135 V 187 consid. 2.2 e relativi riferimenti; v. pure sentenza del TF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011 consid. 4.1).

E. 8.3

La censura appare fondata ove solo si rilevi che né nel progetto di decisione del 16 dicembre 2013 né nella decisione del 28 marzo 2014 l'UAIE ha indicato con la necessaria precisione gli elementi determinanti alla base della valutazione medica. Inoltre, il ricorrente ha dovuto ricorrere senza essere in possesso in particolare della perizia SAM del 6 dicembre 2012 (doc. B 40-1 a 40-26) e del rapporto medico del 17 settembre 2013 del dott. G. _____ (doc. B 42-1 a 42-5), alla base del rapporto finale SMR del 5 dicembre 2013 (doc. A 76-1 a 76-3) sul quale si fonda la decisione impugnata. Al riguardo può essere osservato che non appare ipotizzabile di potere ricorrere con criteri adeguati senza avere

almeno conoscenza del contenuto essenziale dei menzionati documenti. Certo, all'insorgente è stata concessa da questo Tribunale la facoltà in sede di replica, e ciò dinanzi ad un'autorità che gode di piena cognizione, di pronunciarsi sul caso in esame dopo avere potuto prendere visione dei succitati documenti medici (perizia SAM e rapporto del dott. G._____). Per quanto attiene alla valutazione dei rapporti medici prodotti dall'interessato con le sue osservazioni del 14 gennaio 2014 al progetto di decisione, ci si può chiedere se sia sufficiente da parte dell'autorità inferiore, come è stato fatto nella fattispecie, d'indicare genericamente - dapprima nella decisione impugnata, poi pure nella risposta al ricorso e nella duplice - che essi non sono suscettibili di modificare la precedente valutazione sulla residua capacità lavorativa dell'interessato. La questione di sapere se siffatta generica formula standard costituisca nel caso in esame una violazione del diritto di essere sentito, nel senso di una carente motivazione che impedisce al ricorrente di ricorrere con criteri adeguati, può comunque rimanere indecisa in quanto il provvedimento impugnato deve comunque essere annullato per altri motivi (cfr. considerando 9 del presente giudizio).

E. 9

L'autorità inferiore ha accertato i fatti determinanti in modo insufficiente.

E. 9.1

Sottoposto in data 27 ottobre 2011 ad una MRI alla colonna lombosacrale e alla colonna vertebrale (doc. A 40-2), il ricorrente è risultato soffrire, tra l'altro, di esiti osteocondrosici a D11 e D12 e discopatia degenerativa ad L5/S1 con riduzione dello spessore e del segnale discale e piccolo prolasso sottolegamentoso centrale/paracentrale sin, sprovvisto di alcun effetto massa su sacco e/o radici.

E. 9.2

Nella perizia SAM del 6 dicembre 2012 (doc. B 40-1 a 40-26), fondata altresì sul rapporto neurologico del dott. D._____ (doc. B 40-27 a 40-32), il dott. E._____ e la dott.ssa F._____, hanno rilevato che l'assicurato soffre di sindrome cervicospindilogenica cronica con stato da sindrome radicolare C7 a sin. su ernia discale C6-C7 paramediana sin., attualmente senza deficit radicolari residui, stato da intervento di discectomia C6-C7 a sin. per via anteriore, nonché di lieve sindrome del tunnel carpale bilaterale.

E. 9.3

Nel rapporto del 17 settembre 2013 (doc. B 42-1 a 42-5), il dott. G._____ ha posto la diagnosi segnatamente di sindrome cervicale e cervico-brachiale sx croniche in stato dopo operazione per ernia discale C6-C7 sx 07.03.2012,iringomielia C3-C4 e sindrome lombo-vertebrale e pseudoradicolare bilaterale croniche su alterazioni statiche ed ernia discale L5-S1. Egli ha poi indicato che il ricorrente presenta un'importante limitazione funzionale della colonna cervicale associata a dolori e debolezza dell'arto superiore sx persistenti, auspicando l'esecuzione perlomeno di una nuova RM cervicale ed eventualmente un consulto neurologico per verificare l'eventuale presenza di una sofferenza dei nervi irradianti il suddetto arto.

E. 9.4

Con rapporto finale del 5 dicembre 2013 (doc. A 76-1 a 76-3), il dott. I._____, medico SMR, ha ritenuto per l'assicurato, in virtù delle menzionate valutazioni mediche, un'incapacità lavorativa del 100% dal 16 ottobre 2011 e del 50% dal 16 novembre 2013 in qualità di conducente di autobus e del 100% dal 16 novembre 2011 e dello 0% dal 17

settembre 2013 (data del rapporto del dott. G. _____) in attività sostitutiva adeguata.

E. 9.5.1

Con rapporto del 17 dicembre 2013 (doc A 83-3), prodotto dal ricorrente con le osservazioni del 14 gennaio al progetto di decisione dell'autorità inferiore, il dott. L. _____ ha rilevato che l'interessato, operato il 7 marzo 2012 per voluminosa ernia discale C6-C7, presenta una sindrome di Chiari di tipo I° con cavità siringomielica C3-C4 e dal febbraio 2013 soffre di una lombalgia invalidante con risentimento sciatalgico bilaterale, sottolineando nel contempo che un esame NMR lombare eseguito il 15 maggio 2013 dimostra la presenza di un'ernia discale L5-S1 mediana con compressione sul sacco durale. Egli ha poi evidenziato come il ricorrente mostra una limitazione funzionale del rachide cervicale con lieve deficit del m. tricipite brachiale sx e dissociazione termo-dolorifica e presenta inoltre un segno di Lasegue a 45° bilateralmente.

E. 9.5.2

Invitato a pronunciarsi in merito a questa documentazione medica, in data 14 febbraio 2014 il dott. I. _____ si è confermato nella propria valutazione del 5 dicembre 2013, indicando che la visita effettuata dal dott. G. _____ il 17 settembre 2013 ha tenuto conto anche dei disturbi alla colonna lombare (doc. A 87-1).

E. 9.5.3

Questo Tribunale constata altresì che con risposta del 16 luglio 2014 (doc. TAF 7), ribadita poi anche in sede di duplice il 28 ottobre seguente (doc. TAF 14), l'UAIE si è limitato a sostenere che i certificati medici prodotti dal ricorrente (doc. A 83-1 a 83-4) pongono in sostanza le stesse diagnosi (già) attestate nelle perizie dei dott. E. _____ e F. _____ del 6 dicembre 2012 e quella del dott. G. _____ del 17 settembre 2013. Tuttavia tale constatazione è contraria alle risultanze processuali. In effetti, l'autorità di prime cure non ha così tenuto conto dell'intervenuta modifica dello stato di salute dell'insorgente. Dal rapporto medico del 17 dicembre 2013 del dott. L. _____ - specialista in neurochirurgia, chirurgia generale, chirurgia sperimentale e microchirurgia - risulta che al più tardi dall'esame NMR eseguito il 15 maggio 2013, dunque anteriormente alla decisione impugnata, all'insorgente è stata riscontrata un'ernia discale L5-S1 mediana con compressione sul sacco durale (doc. A 83-3), ciò che non risulta dalla perizia SAM del 6 dicembre 2012. Certo, il rapporto del dott. G. _____ del 17 settembre 2013 fa stato della nuova affezione di cui soffre il ricorrente, ossia di un'ernia discale L5-S1. Tuttavia, e contrariamente a quanto poi ritenuto dal medico SMR, dott. H. _____, nella sua annotazione medica del 14 febbraio 2014, il dott. G. _____ ha suggerito l'effettuazione di ulteriori accertamenti (nuova RM) volti a chiarire l'effettiva portata delle affezioni lombari e cervicali di cui soffre il ricorrente. Non risulta per contro che il dott. G. _____ si sia pronunciato, nel più volte menzionato rapporto del 17 settembre 2013, sulla portata della diagnosticata ernia discale L5-S1 con compressione sul sacco durale sulla residua capacità lavorativa dell'insorgente in un'attività sostitutiva adeguata (fermo restando che il ricorrente lavora comunque al 50% nella sua precedente attività di autista di autobus dal 1° novembre 2013). Da questo profilo, peraltro, non solo non sono stati effettuati i necessari accertamenti RM, ma né il medico SMR né l'autorità inferiore hanno spiegato per quale motivo preciso un'ernia discale con compressione del sacco durale non potrebbe incidere sulla residua capacità lavorativa in attività sostitutive e dunque implicare una riduzione della stessa al di sotto del 100%, senza che ciò possa comunque e senz'altro essere ritenuto come fatto

acquisito allo stato attuale degli atti di causa. In altri termini, la menzionata ernia discale con compressione del sacco durale è chiaramente suscettibile di modificare perlomeno la residua capacità lavorativa del ricorrente in un'attività sostitutiva adeguata (capacità lavorativa che l'autorità inferiore nella motivazione della decisione impugnata ha ritenuto essere del 100% a decorrere dal 17 settembre 2013) e dunque il suo grado d'invalidità.

E. 9.6

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata - che viola il diritto federale (accertamento inesatto e incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti) - incorre nell'annullamento.

E. 10.1

Quando il Tribunale amministrativo federale 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 (cfr. sentenza del TAF C-2183/2013 del 28 gennaio 2015 consid. 10.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

E. 10.2

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. La cassazione si giustifica per il fatto che dovranno essere completati i necessari accertamenti medici, segnatamente dei nuovi esami neurologici ed una perizia ortopedica (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 e sentenza del TF 8C_633/2014 dell'11 dicembre 2014 consid. 3.2 e 3.3), nonché ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse ancora rendere necessario. Per il resto, e tenuto conto dell'esito di tali accertamenti completivi, l'UAIE dovrà effettuare un nuovo confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive ritenute adeguate dal profilo medico-teorico e realisticamente realizzabili in un mercato del lavoro equilibrato.

E. 10.3

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) dal momento che nella decisione impugnata del 28 marzo 2014 l'autorità inferiore ha già riconosciuto al ricorrente una rendita intera d'invalidità fino al 31 dicembre 2013 - rimasta incontestata in questa sede e dunque pacificamente cresciuta in giudicato (il ricorrente non potendo peraltro fare valere alcun interesse degno di protezione a constatare la legittimità dell'attribuzione a suo favore di una rendita intera fino al 31 dicembre 2013) - e alcuna rendita a decorrere dal 1° gennaio 2014. Non è pertanto necessario conferire al ricorrente la facoltà di ritirare il proprio gravame.

E. 11.1

Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.- versato il 17 giugno 2014, sarà

restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

E. 11.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. 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]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputato vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) complessivamente in fr. 2'800.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)

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