

BVGer C-2736/2014 vom 8. Dezember 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-12-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2736_2014

FR: TAF C-2736/2014 du 8 décembre 2017

IT: TAF C-2736/2014 del 8 dicembre 2017

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

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

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). Giusta l'art. 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.

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalle decisioni e avente un interesse degno di protezione al loro annullamento o alla loro modifica (art. 59 LPGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile nella misura in cui conclude al riconoscimento di una mezza rendita d'invalidità anche dopo il 30 aprile 2013. È inammissibile la richiesta di un'indennità per la menomazione dell'integrità (cfr. pag. 14 del ricorso) - se tale sia da interpretare dal momento che non è stata ripresa nelle conclusioni ricorsuali ma è menzionata nelle motivazioni del ricorso - in quanto questa esula da quanto previsto dalla legislazione in materia di assicurazione per l'invalidità.

E. 1.5

Inoltre, con versamento dell'8 settembre 2014 (doc. TAF 9), il ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

E. 1.6

Va peraltro precisato che nel caso di specie sono oggetto del litigio entrambe le decisioni dell'UAIE del 3 aprile 2014 concernenti il ricorrente. In effetti, secondo costante giurisprudenza, assegnando retroattivamente una rendita degressiva e/o limitata nel tempo,

l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere in caso di contestazione oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è contestato, e ciò indipendentemente dal fatto che la rendita degressiva e/o limitata nel tempo sia stata accordata da parte dell'amministrazione mediante una sola decisione o più decisioni separate (cfr. su questo punto DTF 131 V 164 consid. 2, segnatamente 2.3.2, con rinvii; v. pure sentenze del TAF C-3859/2016 del 22 maggio 2017 consid. 7 e C-6248/2011 del 25 luglio 2012 consid. 10 con rinvii).

E. 2

Con il rimedio esperito, il ricorrente può fare valere la violazione del diritto federale - che comprende tra l'altro anche il diritto costituzionale e il diritto pubblico internazionale -, l'eccesso o l'abuso del potere d'apprezzamento, l'accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti e l'ineadeguatezza (art. 49 PA per rimando dell'art. 37 LTAF). Il Tribunale amministrativo federale esamina liberamente il diritto federale, l'accertamento dei fatti e l'ineadeguatezza senza essere vincolato dai considerandi della decisione impugnata o dai motivi invocati dalle parti. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente (art. 62 cpv. 4 PA) o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (cfr. DTF 134 III 102 consid. 1.1 e 133 V 515 consid. 1.3 con rinvio e sentenza del TAF C-6597/2013 del 28 novembre 2016 consid. 2). Questo Tribunale può altresì accordare ad una parte anche più di quanto essa abbia chiesto (art. 62 cpv. 1 PA e art. 61 cpv. 1 lett. d LPG; cfr. DTF 143 V 295 consid. 4.1.5 con rinvii e sentenza del TAF C-4297/2014 del 13 dicembre 2016 consid. 12.2).

E. 3.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

E. 3.2

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. 3.3

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. 3.4

Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

E. 3.5

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. 4.1

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; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445). Nella fattispecie in esame, la domanda di rendita è stata presentata il 21 gennaio 2009 (cfr. consid. B della presente sentenza). Ne discende che in concreto si applicano, da un lato, le disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2011, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPG, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

E. 4.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 3 aprile 2014. 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; 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 (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 5.1

In via preliminare occorre esaminare la censura di violazione del diritto di essere sentito sollevata dal ricorrente. Quest'ultimo rimprovera infatti all'autorità inferiore di non avere emanato un secondo progetto di decisione in seguito all'esperimento della perizia reumatologica e di non aver quindi potuto confrontarsi con gli esiti di quest'ultima. L'amministrazione reputa che non vi è stata alcuna violazione del diritto di essere sentito, in quanto l'insorgente ha ricevuto copia di detta perizia, nonché dell'intero incarto dell'UAIE, e ha potuto determinarsi al riguardo prima dell'emanazione della decisione impugnata.

E. 5.2

Il diritto di essere sentito è previsto, nella procedura amministrativa federale, agli art. 26-28 PA (diritto di esaminare gli atti) e agli art. 29-33 PA (diritto di essere sentito stricto sensu), in materia di assicurazioni sociali all'art. 42 LPGA (diritto di essere sentito stricto sensu) e, infine, per quanto riguarda la procedura di preavviso, all'art. 57a cpv. 1 LAI, il quale stabilisce che l'Ufficio AI comunica all'assicurato, per mezzo di un preavviso, la decisione prevista in merito alla domanda di prestazione o alla soppressione o riduzione della prestazione già assegnata.

E. 5.2.1

Nel caso concreto, il rappresentante del ricorrente ha chiesto la trasmissione di copia dell'incarto dell'UAIE - ed in particolare della perizia reumatologica - con scritti del 21 febbraio 2013 e del 5 luglio 2013 (doc. A 118 pag. 238 e doc. A 129 pag. 272), richieste alle quali l'autorità inferiore ha dato seguito il 14 marzo 2013 rispettivamente il 9 luglio 2013 (doc. A 121 pag. 242 e doc. A 130 pag. 274). Il rappresentante dell'interessato ha preso posizione, nonché trasmesso nuova documentazione medica, mediante scritto del 23 gennaio 2014 (cfr. doc. A 143 pagg. 308 e segg.). Inoltre, l'insorgente si è espresso in merito alle conclusioni peritali mediante il ricorso inoltrato dinanzi al TAF, Tribunale dotato di pieno potere cognitivo in merito sia all'accertamento dei fatti sia all'applicazione del diritto. Pertanto, questo Tribunale non ravvisa, da questo profilo, alcuna violazione del diritto di essere sentito.

E. 5.2.2

Per quanto riguarda invece la questione di sapere se il fatto di non avere sottoposto al ricorrente un nuovo e secondo progetto di decisione - dopo avere effettuato un'importante istruttoria di causa successivamente alla notificazione all'insorgente medesimo del primo progetto di decisione - costituisca o meno una violazione del diritto di essere sentito e, se del caso, questa violazione possa essere eccezionalmente sanata in questa sede, si rileva quanto segue. La procedura di preavviso conferisce la possibilità di essere udito sulla soluzione giuridica prevista (compresa la prevista applicazione del diritto) e quindi va al di là della garanzia cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 134 V 97 consid. 2.8.2; 125 V 401 consid. 3c). La mancata effettuazione di una corretta procedura di preavviso costituisce altresì di principio una violazione grave del diritto di essere sentito (cfr. sentenze del TF 8C_577/2008 del 7 novembre 2008 consid. 4.6 e I 584/01 del 24 luglio 2002 consid. 2 con rinvii), non senza dimenticare che una siffatta violazione può essere sanata solo in via eccezionale (DTF 134 V 97 consid. 2.9 con rinvii), segnatamente allorquando un rinvio degli atti di causa all'autorità inferiore per garantire un corretto esercizio del diritto di essere sentito si esaurirebbe in una vana formalità, in contrasto con l'interesse della parte lesa ad ottenere un giudizio in tempi rapidi (DTF 134 V 97 consid. 2.9 con rinvii nonché DTF 132 V 387 consid. 5.1 e 116 V 182 consid. 3d). Nella presente fattispecie, la questione riguardo

alla violazione del diritto di essere sentito e alla sua (eventuale) eccezionale sanatoria può restare indecisa, il ricorso dovendo comunque essere accolto, la decisione impugnata, che limita nel tempo la mezza rendita accordata a decorrere dal 1° gennaio 2013 fino al 30 aprile 2013, annullata e la causa rinviata all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, in considerazione di un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti.

E. 6

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI); aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4). Il ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi per più di tre anni, fermo restando che ha versato all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per più di un anno (cfr. doc. A 95 pag. 198 e seg. e doc. A 151 pag. 341 e segg. [in particolare pagg. 343 e 345]).

E. 7.1

L'invalidità ai sensi della LPGGA 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 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, 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 LPGGA).

E. 7.2

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 il 50%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1; 130 V 253 consid. 2.3)

E. 7.3

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad 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 LPGGA) 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. 8.1

La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (cfr. sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 con rinvii). 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. 8.2

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 (cfr. sentenze del TF 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1 e 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

E. 9

Una rendita limitata e/o crescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA e se ne deve pertanto seguire i principi.

E. 9.1

Secondo l'art. 17 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modifica, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modifica.

E. 9.2

Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201), la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

E. 9.3

L'art. 88a cpv. 1 OAI, prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione 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.

E. 9.4

Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se il beneficiario ha ottenuto indebitamente la prestazione o ha violato l'obbligo di informare impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI, indipendentemente dal fatto che la prestazione abbia continuato a essere versata a causa dell'ottenimento indebito della medesima o della violazione dell'obbligo di informare.

E. 10

In virtù dell'art. 43 LPGGA 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 (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii).

E. 11.1

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 140 V 356 consid. 3.1 e DTF 125 V 351 consid. 3).

E. 11.2

Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 232 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]).

E. 11.3

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. 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 (DTF 137 V 210 con-sid. 1.3.4 e DTF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 11.4

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 non 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. 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 con rinvii).

E. 11.5

Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396 [cfr. più in generale, la necessità di una valutazione medica in DTF 137 V 210 consid. 3.4.2.3]). Tenendo conto di diversi criteri, lo psichiatra deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato.

E. 11.6

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui 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 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2).

E. 12

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

E. 12.1

È incontestato - né appare esservi motivo per questo Tribunale di intervenire d'ufficio - che, già solo in considerazione delle patologie reumatologiche rilevate, la rendita intera accordata al ricorrente a decorrere dal 1° luglio 2009 e fino al 31 dicembre 2012, nonché le rendite ordinarie per figli legate alla rendita del padre, sono legittime e giustificate, rispettivamente che la mezza rendita assegnata a far tempo dal 1° gennaio 2013 e fino al 30 aprile 2013, nonché le rendite ordinarie per figli legate alla rendita del padre, restano acquisite (benché la decisione del 3 aprile 2014 mediante la quale è stata accordata la mezza rendita debba essere annullata per i motivi di cui si dirà di seguito al consid. 12.2 del presente giudizio, senza possibilità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente [cfr. consid. 14.3 della presente sentenza]). Esse sono fondate su sufficiente documentazione medica reumatologico-ortopedica (cfr. in particolare la perizia

reumatologica del dott. D. _____ del 19 maggio 2013 [doc. A 125 pag. 251 e segg.]) e una convincente valutazione delle conseguenti incapacità lavorative da parte del perito medesimo e del SMR (cfr. il rapporto finale SMR del 23 maggio 2013 [doc. A 126 pag. 266 e segg.]). In sostanza, già solo a seguito delle patologie reumatologiche rilevate - ossia "stato dopo duplice intervento di plastica legamentare dei tendini peronei della caviglia destra a seguito di lussazione dei tendini peronei di origine post-traumatica (giugno 2008 e marzo 2011); lieve ipotrofia muscolare residua dell'arto inferiore destro; osteocondrosi L5/S1 con ernia discale mediana, senza neurologia", quali diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa, nonché uno "stato dopo frattura del femore destro all'età di 15 anni, trattata conservativamente" quale diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa -, è stata legittimamente ritenuta per l'insorgente un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal 20 giugno 2008 (giorno dell'infortunio alla caviglia destra) al 2 settembre 2012 e almeno del 50% dal 3 settembre 2012 al 1° gennaio 2013, ciò che comporta sicuramente il riconoscimento, da parte dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, di una rendita intera dal 1° luglio 2009 (6 mesi dopo l'inoltro della domanda) al 31 dicembre 2012 (3 mesi dopo l'indicato miglioramento) e di almeno una mezza rendita dal 1° gennaio 2013 al 30 aprile 2013 (3 mesi dopo l'indicato miglioramento). Peraltro, le menzionate incapacità lavorative attestate dalla documentazione medica di cui all'incarto dell'UAIE sono pure state confermate nella sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni (TCA) n. xxx3 del 4 dicembre 2014 concernente il ricorso presentato dal ricorrente in materia d'assicurazione contro gli infortuni riguardo alle conseguenze dell'infortunio alla caviglia avvenuto il 20 giugno 2008 (cfr. in particolare consid. 2.3.3 della menzionata sentenza del TCA [doc. TAF 12]).

E. 12.2

Per quanto attiene invece al diritto ad un'eventuale rendita superiore alla mezza rendita accordata dal 1° gennaio 2013 al 30 aprile 2013 rispettivamente a una rendita anche dopo il 30 aprile 2013 (cfr. conclusioni ricorsuali [doc. TAF 1 e consid. E della presente sentenza]), si rileva quanto segue. Dall'incarto dell'autorità inferiore emerge numerosa documentazione medica di data intercorrente dal 2007 a dicembre 2013 - ossia di data anteriore alla decisione impugnata - che fornisce concreti indizi circa la sussistenza di due problematiche neurologiche, segnatamente una neuropatia del nervo surale e un'ernia discale in L5/S1, suscettibili di incidere sulla residua capacità lavorativa del ricorrente e che non sono state sufficientemente acclamate.

E. 12.2.1

Riguardo alla neuropatia del nervo surale (nervo presente nella regione del polpaccio), la stessa è indicata nel referto del 26 novembre 2010 del dott. H. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia (anca - ginocchio - piede). Al riguardo, lo specialista ha segnalato "che apparentemente [la neuropatia del nervo surale] è già in parte presente e potrebbe peggiorare" (cfr. doc. B 68 pag. 119 e segg., in particolare pag. 121). Questo Tribunale rileva che il perito reumatologo dell'AI, seppure abbia citato il menzionato referto tra la documentazione medica esaminata, non si è espresso - nelle proprie conclusioni di cui alla perizia del 19 maggio 2013 (cfr. doc. A 125 pag. 251 e segg.) - in merito ad una neuropatia del nervo surale. Nemmeno è dato sapere, né i medici SMR né il perito reumatologo si sono espressi al riguardo, per quale motivo non è stato ritenuto necessario esperire un accertamento specialistico (neurologico) per verificare la presenza e l'eventuale incidenza sulla capacità lavorativa di una possibile problematica del nervo surale.

E. 12.2.2

Per quanto concerne l'ernia discale in L5/S1, questo Tribunale rileva che dagli atti di cui all'incarto dell'autorità inferiore emerge il referto di una risonanza magnetica del rachide lombosacrale, effettuata il 13 settembre 2012, mediante la quale non era stato escluso un limitato contatto con le radici (doc. B 126 pag. 269). Da parte sua, il perito reumatologo dell'AI ha ritenuto, sulla base di una RMN del 24 gennaio 2013, che "risulta una discopatia degenerativa monosegmentale del segmento lombosacrale (L5/S1) ed una ernia discale mediana, paramediana bilaterale senza conflitti radicolari. Responsabile dei disturbi non è dunque questa ernia bensì la discopatia" e ha ritenuto, tra le altre, la diagnosi di "osteocondrosi L5/S1 con ernia discale mediana, senza neurologia" (cfr. doc. A 125 pag. 251 e segg., in particolare pag. 257, pag. 260 e pag. 263). Dagli atti emerge pure un'ulteriore risonanza magnetica della colonna del 7 ottobre 2013 (posteriore quindi alla visita eseguita dal perito reumatologo), la quale ha evidenziato "riscontro di ernia L5-S1 in sede paramediana laterale sinistra e ipertrofia dei legamenti gialli". Di detto referto è fatta menzione nel rapporto della visita per la valutazione di stima medico-legale del 9 dicembre 2013 del dott. prof. F. _____, specialista in ortopedia e traumatologia, in medicina dello sport, legale e delle assicurazioni e competente in medicina del lavoro (doc. A 143 da pag. 322 a pag. 326). Il dott. prof. F. _____ ha considerato che l'infortunio alla caviglia ha peggiorato "il quadro anatomico e sintomatologico a livello lombo-sacrale" e che "da una "semplice" discopatia si è passati - nel tempo - ad una iniziale erniazione discale" (cfr. doc. A 143 pag. 325). Sulla questione, con valutazione del 30 gennaio 2014, il medico del SMR ha ritenuto che le osservazioni del dott. prof. F. _____ fossero una diversa valutazione di un identico stato di salute (doc. A 146 pag. 329). Al riguardo, questo Tribunale non può confermare le considerazioni né del perito reumatologo dell'AI secondo cui non vi sarebbero affezioni di tipo neurologico, né del medico SMR secondo cui lo stato di salute può essere considerato identico. Il perito reumatologo dell'AI ha infatti ritenuto, nella propria perizia del 19 maggio 2013, la presenza di una discopatia (tra l'altro degenerativa; cfr. anche doc. A 132 pag. 280 in cui pure il dott. B. _____ ritiene che la discopatia sia degenerativa), affezione segnatamente reumatologica, escludendo la presenza di affezioni neurologiche. Tuttavia, questo Tribunale osserva che non compete al reumatologo di pronunciarsi su affezioni neurologiche, tanto più che l'esclusione di una problematica neurologica appare essere in contrasto con le risultanze mediche di cui agli atti di data posteriore alla perizia reumatologica ma anteriore alla decisione impugnata. Infatti, il dott. prof. F. _____, sulla base di una risonanza magnetica eseguita posteriormente alla perizia reumatologica (segnatamente il 7 ottobre 2013), nella propria valutazione del 9 dicembre 2013 ha ritenuto un peggioramento della discopatia, la quale si sarebbe evoluta nel tempo in un'ernia discale, affezione segnatamente neurologica. Questo Tribunale ritiene che, conto tenuto del carattere degenerativo della discopatia nonché del tempo trascorso dalla visita peritale reumatologica all'emanazione della decisione impugnata, in assenza di una perizia esperita da uno specialista in neurologia non era, né è, possibile escludere a priori l'esistenza di affezioni neurologiche suscettibili di incidere sulla residua capacità lavorativa.

E. 12.2.3

Peraltro, questo Tribunale osserva che pure il perito giudiziario PD dott. I. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia, incaricato dal TCA per l'espletamento di una perizia giudiziaria nella vertenza tra l'interessato e l'assicuratore contro gli infortuni, appare avere indicato che "resta aperta la possibilità teorica di un temporaneo aggravamento

sintomatico dei disturbi alla schiena" (cfr. sentenza del TCA n. xxx3 del 4 dicembre 2014, in particolare consid. 2.2.4 in fine [doc. TAF 12]). Non era tuttavia necessario assumere agli atti la menzionata perizia giudiziaria ritenuto che non avrebbe in ogni caso potuto risolvere la questione di determinare l'eventuale presenza di affezioni neurologiche e la conseguente influenza sulla capacità lavorativa dell'interessato. Infatti, le affezioni riguardanti il rachide (sia di natura reumatologica che neurologica) non sono state esaminate né dal medico di circondario dott. B. _____ dell'assicurazione contro gli infortuni, né dal perito giudiziario incaricato dal TCA, in quanto queste non sono una conseguenza dell'infortunio alla caviglia del 20 giugno 2008 (cfr. doc. A 123 pag. 246 e segg., doc. A 132 pag. 277 in particolare pag. 280, doc. B 130 pag. 273, doc. B 134 pag. 283 [timbro e annotazione a mano del dott. B. _____] e sentenza del TCA n. xxx3 del 4 dicembre 2014, in particolare consid. 2.2.4 e 2.2.6).

E. 12.3

Ne discende che, in assenza di sufficienti accertamenti in ambito neurologico, l'istruttoria eseguita dall'autorità inferiore si rileva carente. Non risulta altresì possibile, in tali condizioni, determinarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute dell'insorgente e la relativa conseguenza sulla residua capacità lavorativa a decorrere dal 3 settembre 2012. Infatti, se per quanto attiene alle conseguenze sulla capacità lavorativa della problematica alla caviglia sono giustificati un primo miglioramento a decorrere dal 3 settembre 2012 ed un secondo a decorrere dal 1° gennaio 2013 (cfr. consid. 12.1 della presente sentenza), tali miglioramenti potrebbero nonostante non essersi verificati per quanto attiene le affezioni neurologiche. In altri termini, conto tenuto che la neuropatia del nervo surale già era stata segnalata nel referto del 26 novembre 2010 (cfr. consid. 12.2.1 del presente giudizio) e che già alla risonanza magnetica del 13 settembre 2012 non poteva essere escluso un contatto con le radici (cfr. consid. 12.2.2 della presente sentenza), senza i dovuti accertamenti in ambito neurologico non è dato di sapere quale fosse l'incidenza sulla residua capacità lavorativa dal profilo neurologico nel momento in cui sono stati attestati i menzionati miglioramenti reumatologici. Va altresì rammentato che in materia di revisione di una rendita incombe all'autorità inferiore di dimostrare l'intervenuto cambiamento significativo dello stato di salute dell'assicurato conto tenuto dell'insieme delle patologie di cui soffre.

E. 13

Per conseguenza, la decisione impugnata del 3 aprile 2014 mediante la quale l'UAIE ha riconosciuto all'interessato la mezza rendita fino al 30 aprile 2013, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti dal profilo neurologico, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento.

E. 14.1

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 (cfr. sentenza del TAF C-1446/2013 del 16 ottobre 2014 consid. 8.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (cfr. 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. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti

giuridicamente rilevanti, limitatamente al periodo successivo al 3 settembre 2012 (cfr. consid. 12.3 del presente giudizio), con riferimento allo stato di salute del ricorrente, segnatamente con una perizia interdisciplinare reumatologica (conto tenuto del tempo trascorso dalla perizia reumatologica del dott. D. _____) e neurologica non essendo in casu sufficiente esaminare le affezioni mediante perizie isolate (cfr. sentenza del TF 9C_235/2013 del 10 settembre 2013 consid. 3.2 con rinvii e sentenza del TAF C-6436/2014 del 10 luglio 2017 consid. 11.1; cfr. anche, sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze [accertamento manifestamente insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti da parte dell'autorità inferiore, detta autorità non avendo fatto eseguire la necessaria perizia interdisciplinare] DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; cfr. altresì sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii [cfr. consid. 10 del presente giudizio]), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse rendere necessario (segnatamente dal profilo psichiatrico [cfr. le ansie e insonnie di cui è fatta menzione nella perizia reumatologica {doc. A 125 pagg. 251 e segg., in particolare pag. 252}], nonché a pronunciare una nuova decisione.

E. 14.2

In considerazione dell'esito della presente procedura, non vi è ragione di esaminare l'ulteriore censura sollevata dal ricorrente con riferimento ai dati ritenuti dall'autorità inferiore nell'ambito del raffronto dei redditi, dovendo quest'ultima nuovamente pronunciarsi sul caso.

E. 14.3

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). In altri termini, e nell'ambito della nuova procedura dinanzi all'autorità inferiore, la rendita intera accordata al ricorrente dal 1° luglio 2009 al 31 dicembre 2012 rispettivamente la mezza rendita riconosciuta dal 1° gennaio 2013 al 30 aprile 2013 riconducibili alle sole problematiche reumatologiche, nonché le rendite ordinarie per figli legate alla rendita del padre, hanno da ritenersi siccome già acquisite, le stesse non essendo state contestate e risultando giustificate (cfr. consid. 12.1 del presente giudizio). A seguito della presente sentenza, resta aperta solo la questione di sapere se gli ulteriori accertamenti sulla residua capacità lavorativa giustificano, contrariamente a quanto ritenuto nella decisione impugnata, l'attribuzione di una rendita maggiore alla mezza rendita già riconosciuta a decorrere dal 1° gennaio 2013 e l'attribuzione di una rendita anche successivamente al 30 aprile 2013.

E. 15.1

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 l'8 settembre 2014, sarà restituito al ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato.

E. 15.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale e che ha da ritenersi vincente nella presente causa, 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 reputata 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) in fr. 2'800.- (compresi i disborsi ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-995/2014 del 9 marzo 2017 consid. 10.2 con rinvii]), tenuto conto del lavoro utile e necessario, limitato, 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.