

BVGer C-2758/2014 vom 29. März 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-03-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2758_2014

FR: TAF C-2758/2014 du 29 mars 2017

IT: TAF C-2758/2014 del 29 marzo 2017

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), 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 della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), 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 legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (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 dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è ammissibile.

E. 2

Per l'art. 49 PA in relazione con l'art. 37 LTAF il ricorrente può far valere la violazione del diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere di apprezzamento (lett. a); l'accertamento inesatto o incompleto di fatti giuridicamente rilevanti (lett. b); l'inadeguatezza (lett.c).

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 DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2).

E. 3.2

In concreto A._____ ha presentato la terza domanda di prestazioni in data 18 marzo 2013 (doc. 1 inc. B). Ritenuto che l'eventuale rendita decorrerebbe dal 1° ottobre 2013 e meglio sei mesi dopo la presentazione dell'istanza (art. 29 cpv. 1 LAI, si confronti sul tema DTF 140 V 2seg.), si applica la LAI nella versione in vigore dal 1° gennaio 2012 (6a revisione, cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore) e le eventuali modifiche successivamente intervenute.

E. 4

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 28 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 pronunciata. 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 DTF 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. sentenza 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. 5.1

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. 5.2

Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 5.3

L'art. 80a LAI, nella versione in vigore fino al 31 marzo 2012, sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RU 2004 121, 2008 4219, 2009 4831) e n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 2009 4845).

E. 5.4

I nuovi Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009 relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, entrati in vigore il 1° aprile 2012 nei rapporti tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione Europea e che sostituiscono i Regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72, sono altresì applicabili al caso concreto (cfr. DTF 138 V 533 consid. 2.1 e sentenza del TF 8C_870/2013 del 16 aprile 2014 consid. 4.1). Conformemente all'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 come i cittadini di tale Stato.

E. 5.5

Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità, come nel caso di specie, non pregiudica l'apprezzamento dell'invalidità secondo il diritto svizzero. Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4). Tuttavia, vanno presi in considerazione documenti, referti medici e informazioni d'ordine amministrativo raccolti dall'istituzione di qualsiasi altro Stato come se fossero stati redatti nel proprio Stato membro (art. 49 cpv. 2 del regolamento [CE] n. 987/2009).

E. 6.1

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: - essere invalido ai sensi della legge svizzera; - aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno tre anni (art. 36 LAI). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45, 51 e 57 in combinato disposto del regolamento n. 883/2004).

E. 6.2

Nella specie il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

E. 7

Oggetto del contendere è il diritto di A. _____ di percepire prestazioni d'invalidità, segnatamente a causa del presunto peggioramento dello stato di salute che sarebbe intervenuto a partire dal 2010, dopo la soppressione della rendita intera d'invalidità erogata fino al 31 agosto 2009 (decisione del 29 aprile 2010, doc. 185 inc. A).

E. 7.1

L'assicurato chiede l'erogazione di una rendita AI, fondandosi sulle dichiarazioni del Dott. I. _____ che attesta un'incapacità lavorativa notevolmente ridotta anche in attività adeguate, almeno pari al 50% (doc. TAF 1).

E. 7.2

Per contro l'UAIE ritiene che l'assicurato presenti le stesse doglianze e limitazioni funzionali accertate al momento della soppressione della rendita in data 29 aprile 2010 e

che la situazione, a causa dell'intervento chirurgico dell'agosto 2014, va rivalutata, tramite perizia disciplinare, eventualmente a fine 2014 (doc. 185 inc. A; cfr. anche fatti A.b, doc. 70 inc. B).

E. 8.1

In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 8.2

L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI).

E. 8.3

In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile se l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, infatti i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

E. 8.4

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

E. 9.1

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

soppressa, d'ufficio o su richiesta. 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 modificazione.

E. 9.2

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. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

E. 9.3

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. Ne consegue che 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 (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGa).

E. 9.4

Secondo l'art. 87 cpv. 3 OAI, qualora la rendita è stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni di cui al cpv. 2. Secondo questa norma, se è fatta domanda di revisione nella domanda va dimostrato che il grado d'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (DTF 130 V 71 consid. 3.2 pag. 75 segg.; 117 V 198 consid. 3a).

E. 9.5

Se l'amministrazione entra nel merito della domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado di invalidità si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115).

E. 9.6

In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia valutata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336).

E. 10.1

Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto riguardante l'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto d' 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 (sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108, 130 V 71 consid. 3.2).

E. 10.2.1

Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è pertanto quello intercorrente tra il 29 aprile 2010 (doc. 185 inc. A), data della decisione con cui all'assicurato è stata assegnata una rendita limitata nel tempo (mezza rendita dal 1° novembre 2008; rendita intera dal 1° aprile al 31 agosto 2009), fino al 28 aprile 2014, data della decisione impugnata.

E. 10.2.2

La decisione del 19 dicembre 2012 non può per contro essere considerata in quanto l'UAIE non è entrato nel merito della seconda domanda di rendita e pertanto non può sussistere alcun accertamento approfondito della situazione medica (consid. C).

E. 11.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (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). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 11.2

Se vi è carenza di documentazione economica, gli atti medici costituiscono un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico determinare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2).

E. 11.3

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o

rapporto (DTF 134 V 231 consid. 5.1. 232; 125 V 351 consid. 3a pag. 352, 122 V 157 consid. 1c pag. 160; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 2001, pag. 266).

E. 11.4

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurda a prova attendibile in caso di revisione se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.3).

E. 11.5

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). 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 qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

E. 11.6

Secondo l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Essi stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato, determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA, di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile. Sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Per l'art. 49 OAI i servizi medici regionali valutano le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Nel quadro della loro competenza medica e delle istruzioni tecniche di portata generale dell'Ufficio federale, essi sono liberi di scegliere i metodi d'esame idonei (cpv. 1). Se occorre, i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati. Mettono per scritto i risultati degli esami (cpv. 2). I servizi medici regionali sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione (cpv. 3). All'art. 48 OAI il Consiglio federale ha inoltre elencato le discipline mediche che devono essere rappresentate nei servizi medici regionali. Secondo il Tribunale federale ciò significa, tra le altre cose, che, per poter attribuire pieno valore probatorio ai rapporti dei servizi medici regionali essi devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 consid. 4.3.1 [9C_323/2009] e sentenza I 142/07 del 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 con riferimenti). In caso contrario il loro valore probatorio è ridotto (sentenza 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 12.1

In occasione della prima domanda di rendita l'B._____ ha fondato la propria decisione di accordare una mezza rendita AI dal 1° novembre 2008 ed una rendita intera dal 1° aprile al 31 agosto 2009 sui rapporti del reumatologo Dott. C._____, dell'8 settembre 2008, dello psichiatra Dott. D._____ del 13 ottobre 2008 (perizie commissionate dall'B._____, doc. 136, 116 inc. A), sul riassunto del Dott. E._____ (internista B._____) del 25 maggio 2009 (doc. 144 inc. A) e del Dott. F._____, internista del 4 giugno 2009 (doc. 150 inc. A).

E. 12.2

Il Dott. E._____, che ha visitato il paziente ed aveva a disposizione le perizie surriferite ha posto la diagnosi di stato dopo microdiscectomia su ernia cervicale C5-C6 con applicazione di cage in titanio il 9 febbraio 2009, sindrome lombovertebrale cronica su alterazioni statico-degenerative e piccola ernia discale posteriore mediana/paramediana sinistra L5-S1; cervicobrachialgia sinistra dopo infortunio del marzo 2009, sindrome di somatizzazione (doc. 144 inc. A). A suo dire le limitazioni funzionali consistevano nell'evitare (o limitare) movimenti ripetitivi di flessione, estensione e rotazione del collo e della schiena, situazioni di instabilità, deambulazione su terreni sconnessi, salire e scendere dalla scale, posizione statica dell'arto superiore sinistro al di sopra dell'orizzontale, la posizione statica seduta superiore a 45 minuti ed in piedi superiore a 30 minuti; non poteva sollevare pesi superiori a 5kg. L'incapacità di lavoro come imbianchino era stimata totale dalla data di cessazione dell'attività lucrativa (novembre 2007) e del 50% a partire dalla perizia del Dott. C._____, nel settembre 2008 (salvo un periodo di circa 5 mesi fra gennaio e maggio 2009 per l'intervento subito); in attività che tenevano conto dei limiti suesposti vi era una capacità totale, intesa come lavoro sull'arco dell'intera giornata con rendimento ridotto del 20% da maggio 2009 (in precedenza: 100% d'inabilità da novembre 2007 a settembre 2008, 50% da settembre 2008 a gennaio 2009, cfr. anche sintesi valetudinaria del Dott. F._____ del 4 giugno 2009, doc. 150 inc. A).

E. 13.1

Nell'ambito della presente procedura l'UAIE non ha eseguito alcun accertamento diretto, fondando il suo parere su istruttoria documentale.

E. 13.1.1

Questa Corte può in particolare ritenere la diagnosi espressa dal medico dell'INPS, Dott.ssa M._____ (generalista) il 7 novembre 2013 (doc. 49 inc. B), di cervicobrachialgia sinistra in esiti di intervento di microdiscectomia C5-C6 per via anteriore con applicazione di cage in titanio, lombosciatagia sinistra cronica in patologia erniaria L5-S1 ed ernia discale L4-L5. Già sotto il profilo diagnostico, in particolare in relazione al rachide lombare, il complesso patologico risulta più esteso di quello posto in evidenza dal Dott. E._____ (doc. 144 inc. A). In particolare il fenomeno erniario lombare L4-L5 precedentemente inesistente, è documentato dalla RM lombosacrale del 23 ottobre 2012 (doc. 46 inc. B), patologia tendente al peggioramento (sebbene non severo), documentato con RM lombosacrale del 16 giugno 2013 (doc. 45 inc. B), ove viene confermata l'ernia discale L4-L5 posteriore mediana/paramediana sinistra con dimensioni lievemente incrementate rispetto al precedente esame del 23 ottobre 2012 (doc. 46 inc. B). Il 4 novembre 2013 l'elettromiografia (doc. 42 inc. B) attesta una sofferenza muscolare neurogena cronica in territorio radicolare L4-L5 di grado lieve-moderato a destra, lieve a sinistra ed in territorio radicolare S1 destro di grado lieve. Nel breve referto neurochirurgico del Dott. Prof.

P._____ del 30 ottobre 2013 (doc. 48 inc. B) viene confermata l'indicazione chirurgica di microdiscectomia L4-L5. Il neurochirurgo Dott. S._____ (rapporto manoscritto del 10 dicembre 2013, doc. 53 inc. B), pone quindi in lista d'attesa il paziente per microdiscectomia L4-L5 e dichiara che la sciatalgia sinistra si è accentuata nell'ultimo anno e che l'esame neurologico odierno attesta un'ipotesia dolorifica L5/S1 a sinistra, nonché lieve ipostenia dei muscoli estensori del piede sinistro, deambulazione claudicante e sofferente sui talloni e sulle punte.

E. 13.1.2

Alla luce di quanto sopra esposto appare provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che, al più tardi alla data del rapporto del Dott. S._____, la situazione patologica di A._____ è indubbiamente peggiorata, rendendosi necessario un intervento chirurgico e che quindi il rapporto del Dott. T._____ del 27 gennaio 2014 (doc. 54 inc. B) e quelli successivi (doc. 63 inc. B) soprassedevano, senza motivazione convincente - e pertanto non possono essere considerati ai fini della presente vertenza - ai precedenti esposti dei Dott.ri S._____ e P._____, ribadendo, del tutto in contraddizione con lo stato di fatto, una situazione stazionaria, limitandosi semplicemente a prendere atto dell'operazione prevista. Oltre a ciò, in corso di audizione, la RM lombosacrale del 14 gennaio 2014 (Dott.ssa V._____ doc. 59 inc. B) confermava il menzionato fenomeno degenerativo lombare, che ha poi reso necessario, nell'agosto 2014, l'intervento chirurgico.

E. 13.1.3

Questo collegio giudicante può quindi affermare che ad indurre A._____ a ripresentare una nuova domanda di prestazioni AI (marzo 2013) sia stato l'indubbio peggioramento del quadro neuro-ortopedico subentrato dalla fine del 2012 in poi, confermato dalla documentazione sopra ricordata. In simili condizioni la decisione impugnata fondandosi su un apprezzamento errato dei fatti giuridicamente rilevanti non può essere confermata.

E. 14.1

Dopo l'emanazione della decisione impugnata inoltre, in sede ricorsuale, l'assicurato ha esibito (doc. TAF 5) un nuovo referto neurologico del Dott. S._____ del 24 maggio 2014 con una RM lombosacrale del 5 luglio 2014 (Dott.ssa V._____) e il verbale di intervento chirurgico di microdiscectomia L4-L5 del 7 agosto 2014 (operato dal Dott. S._____).

E. 14.2

Il Dott. T._____, il 26 ottobre 2014 (doc. 70 inc. B), ha preso atto dell'intervento e dichiarato quanto segue: "Gemäss Spitalbericht ist die Operation vorerst gut verlaufen, über den mittel-langfristigen Verlauf wissen wir noch nichts. Ab Mai 2014 (Bericht Dr. S._____) klagte der Vers. Offenbar über vermehrte Beschwerden, weshalb ab diesem Zeitraum möglicherweise auch eine gewisse Arbeitsunfähigkeit in Verweistätigkeiten besteht. Bis zu diesem Zeitpunkt (24.05.2014) war in Monat März 2014 wegen Leistenhernie eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit in Verweisungstätigkeiten von max. 3 Wochen gerechtfertigt, sonst war der Vers. aber voll arbeitsfähig für angepasste Verweistätigkeiten, sowie in den Stellungnahmen v. 27.1.2014 und 18.4.2014 dargelegt. Der weitere Verlauf nach der Operation v. 6.8.2014 wird zeigen wie weit eine dauernde Arbeitsunfähigkeit (voll?/teilweise?) vorliegend wird. Bei regelrechtem Verlauf ist aber bei einer Mikrodiskektomie davon auszugehen, dass angepasste Verweistätigkeiten wieder ganzzeitig zumutbar sein werden."

E. 14.3

Da quanto esposto discende che il Dott. T._____, pendente causa, riconosce un peggioramento dello stato di salute con influenza sulla capacità lavorativa, anche per quanto riguarda attività di ripiego, tuttavia solo dal maggio 2014. Alla luce della documentazione medica agli atti tale conclusione non convince e non può pertanto essere condivisa (doc. 70 inc. B).

E. 14.3.1

Al riguardo va rilevato che la Dott.ssa M._____ dell'INPS pone un grado d'invalidità (inteso secondo la legislazione italiana) del 46%, sia nel precedente lavoro che in attività sostitutive, ma le conclusioni sono di per sé contraddittorie, in quanto asserisce (cifre 11.4, 11.5 e 11.7, doc. 49) che l'interessato è in grado di svolgere a tempo pieno il suo precedente lavoro, come pure ogni altro adeguato alle sue condizioni. Tuttavia, l'apposita Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, il 27 giugno 2013, dichiara l'interessato invalido nella misura dal 34 al 73% dal 3 maggio 2013 (doc. 64).

E. 14.3.2

Il Dott. S._____, nel certificato del 24 maggio 2014, indica che "rispetto alla visita di dicembre 2013 l'interessato riferisce ancora lombosciatalgia a sinistra, deficit di forza dei muscoli estensori del piede sinistro deambulazione claudicante su base antalgica. Oltracciò già nel referto del 10 dicembre 2013 il Dott. S._____ (doc. 53) attestava che "(...) tale sintomatologia si è accentuata nell'ultimo anno". Quindi, secondo questa Corte, oltre a non esservi ragioni per dubitare, come già accennato, che un certo peggioramento delle condizioni di salute di A._____ sia intervenuto già da fine 2012 e soprattutto a metà del 2013, la necessità dell'intervento riconosciuta nell'ottobre 2013 (doc. 48 inc. B), concretizzatosi ad agosto 2014, mette in dubbio anche le conclusioni del Dott. T._____ secondo cui la riduzione della capacità lavorativa in attività di ripiego sia intervenuta solo nel maggio 2014.

E. 14.3.3

Le tre perizie dettagliate del Dott. I._____, trasmesse con la replica, confermano quanto sopra esposto e costituiscono tra l'altro l'unico approfondimento diretto e dettagliato della situazione dopo l'esperimento della perizia E 213 dell'INPS di Varese del 7 novembre 2013 (doc. 49 inc. B).

E. 14.3.4

Nella perizia del 26 agosto 2015 il Dott. I._____ riprende la diagnosi di cervicobrachialgia e quella di lombosciatalgia e conferma il peggioramento documentato dai referti (Dott. S._____ ed altri) del 10 dicembre 2013, 25 maggio 2014 e le varie RM (v. supra). Egli descrive un quadro limitatorio considerevole (pag. 6) che comporta la possibilità di sollevamento pesi solo fino a 5 kg, a condizione che le braccia aderiscano al tronco e senza flessione del rachide; anche la posizione in un eventuale lavoro risulta essere notevolmente ridotta; la posizione statica non deve durare oltre 15 minuti da seduto come pure in piedi; può effettuare tragitti fino a 50 metri normalmente, meno di frequente tragitti fino a 200 metri e tragitti lunghi solo con pause; non può effettuare lavori su terreni accidentati. In sostanza, il peritando può svolgere solo lavori a basso impegno energetico, che consentano frequenti variazioni posturali, non richiedano movimentazione manuale di carichi, non comportino sollecitazioni del rachide e non lo esponano a rischi di cadute e, in

queste attività, l'interessato presenta un grado d'incapacità lavorativa del 50% almeno. Questa perizia, su espressa domanda del TAF, è stata sottoposta dall'UAIE al Dott. U._____, specialista in reumatologia (doc. TAF 26), il quale nel rapporto dettagliato del 12 novembre 2015 (doc. TAF 27) ritiene in particolare che determinate limitazioni funzionali menzionate dal Dott. I._____ non sarebbero comprensibili e ritiene l'assicurato abile al lavoro in attività adeguate al 100% (eccettuata l'attività di magazziniere). Con il rapporto completivo del 9 gennaio 2016 (doc. TAF 36), il Dott. I._____ ribadisce che i rapporti neurochirurgici sorretti da documentazione oggettiva documentano inequivocabilmente il sopravvenuto peggioramento delle già note alterazioni degenerative discali con comparsa di focalità erniaria L4-L5 e di building-disk L5-S1, complesso morboso non presente nel 2008-2010. In proposito precisa che "quest'ultimo intervento, dal canto suo, se da un lato ha parzialmente alleviato la sintomatologia lombosciatica (senza però ripristinare lo stato clinico antecedente al 29 aprile 2010, essendo ormai residua una permanente condizione di sofferenza della radice L5 a sinistra), dall'altro ha introdotto ulteriori valenze peggiorative nell'assetto statico-dinamico del rachide, avendo ineluttabilmente creato una condizione di instabilità vertebrale che potrebbe comportare in futuro l'effettuazione di un intervento di artrodesi lombare qualora l'assicurato venisse nuovamente sottoposto a sollecitazioni statico-dinamiche". Al riguardo il Dott. U._____ (rapporto del 23 marzo 2016) lamenta il fatto che il Dott. I._____, evocando la sofferenza neurogena di L5, non produce documentazione a conforto e che, attualmente, non sono previsti interventi di spondilodesi. In sostanza il medico dell'UAIE sottolinea la carenza di un esame clinico completo, così come di un nuovo esame obiettivo e diagnostico (doc. TAF 40).

E. 14.3.5

Infine, con un ulteriore rapporto del 9 maggio 2016 (doc. TAF 49), il Dott. I._____ spiega (dopo aver evocato la dottrina medica) che proprio per evitare che il "locus minoris resistentiae" venutosi a creare dopo l'intervento del 6 agosto 2014 diventi sede d'instabilità vertebrale, tale da rendere necessario futuri interventi di artrodesi, bisogna che vengano adottate rigorose misure preventive volte ad evitare il sovraccarico biomeccanico del rachide lombosacrale". Da qui, come detto, tutte le notevoli e numerose limitazioni funzionali elencate dal Dott. I._____ atte a non aggravare la già compromessa situazione attuale. A ciò s'aggiunge la necessità che, anche in un eventuale ipotetica attività di ripiego, il lavoratore in questione possa beneficiare di frequenti "pause compensatorie" per i motivi sopra detti. Tutto ciò porta a considerare, secondo il Dott. I._____, un'incapacità al lavoro complessiva in attività di sostituzione di almeno il 50%.

E. 15.1

Alla luce di quanto sopra esposto si deve concludere che è senz'altro provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, alla luce dei rapporti del Dott.ri S._____, I._____, P._____, che, a partire dalla fine del 2012, lo stato di salute dell'assicurato è andato vieppiù peggiorando al punto che ha dovuto sottoporsi ad un intervento chirurgico al rachide lombare nell'agosto 2014, appena tre mesi dopo la decisione impugnata, la cui necessità era stata riconosciuta già nell'ottobre 2013 e per cui l'assicurato era già in lista precedentemente alla pronuncia del provvedimento contestato (consid. D.a). Tale circostanza è del resto parzialmente confermata anche dal dottor T._____ (doc. 70 inc. B), il quale ritiene tuttavia che il peggioramento avrebbe inciso sulla capacità lavorativa in attività adeguate soltanto dal mese di maggio 2014, in seguito ai forti dolori e consiglia di

far eseguire, a fine dicembre 2014, una perizia pluridisciplinare in ortopedia, neurologia e eventualmente psichiatrica, per valutare l'evoluzione delle patologie. Non vi è per contro unanimità agli atti sull'incidenza del peggioramento dello stato di salute sulla capacità lavorativa in attività adeguate per il periodo precedente il mese di maggio 2014. In effetti il dottor T._____ ritiene che la capacità lavorativa in attività adeguate prima del maggio 2014 sia da ritenere piena, mentre i medici interpellati dal ricorrente considerano che una riduzione della capacità lavorativa fosse già subentrata in precedenza. Poiché alla luce dei rapporti, dettagliati, approfonditi e concludenti del dottor I._____, che ha visitato regolarmente l'assicurato, quest'ultima circostanza potrebbe essersi verificata - essi sono pertanto in grado di mettere in discussione le conclusioni del dottor T._____ - è necessario rinviare l'incarto all'amministrazione affinché proceda a completare l'istruttoria, accertando l'incidenza del peggioramento dello stato di salute sulla capacità lavorativa in attività adeguate a far tempo dalla fine del 2012.

E. 15.2

Allo stato attuale non è neppure noto come sia evoluto lo stato di salute dopo l'intervento dell'agosto 2014, in particolare se A._____ è ancora in grado di svolgere, al cento per cento, attività leggere e/o semisedentarie. Non risulta infatti che la perizia ventilata dal Dott. T._____ sia stata nel frattempo eseguita. Solo un esame diretto, specialistico ed approfondito, tramite perizia giudiziaria bidisciplinare in ortopedia e neurologia, sarà in grado di risolvere tale quesito, sia per il periodo precedente che per il periodo successivo la decisione impugnata. La documentazione agli atti seppur approfondita, è contraddittoria e, per quanto riguarda il Dott. U._____, carente di un esame diretto. Questa Corte non può pertanto porla alla base della seguente vertenza. In simili circostanze il ricorso dev'essere accolto e la decisione impugnata, annullata, fondandosi su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti.

E. 16.1

Nel caso in cui annulla una decisione il giudice può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore (cfr. sentenza del TAF C-2471/2012 del 21 maggio 2014 consid. 11.1). 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 con i riferimenti).

E. 16.2

Ciò non è il caso nella fattispecie. L'incarto va pertanto rinviato all'UAIE affinché esperisca una perizia pluridisciplinare che tenga conto degli aspetti ortopedico/reumatologici/neurologici, riservato ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse rendere necessario, al fine di stabilire se, a partire dalla fine del 2012, l'accertato peggioramento dello stato di salute ha inciso sulla capacità lavorativa dell'assicurato in attività adeguate in modo tale da giustificare l'assegnazione di una prestazione d'invalidità. Il rinvio è giustificato anche alla luce della giurisprudenza pubblicata in DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 e 139 V 99 consid. 1 ritenuta la necessità in concreto di esperire una perizia pluridisciplinare specialistica - come del resto riconosciuto anche dal medico dell'UAIE, che non dispone di nessuna delle specialità - aspetto del tutto omissso dall'UAIE. In base agli accertamenti esperiti l'UAIE statuirà di nuovo sul grado di invalidità dell'assicurato, dal 18 settembre 2013, sei mesi dopo la

presentazione della domanda.

E. 17.1

Visto l'esito della causa non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria, formulata dal ricorrente il 13 ottobre 2014 (doc. TAF 11), diviene priva d'oggetto.

E. 17.2

Il ricorrente non è assistito da rappresentante legale. Non ha pertanto diritto a spese ripetibili di rappresentanza (art. 64 PA).

E. 17.3.1

L'interessato ha tuttavia esibito, nel corso della procedura di ricorso, tre perizie del Dott. I._____, rispettivamente del 26 agosto 2015 (doc. TAF 20), 9 gennaio 2016 (doc. TAF 36) e 9 maggio 2016 (doc. TAF 49), così come le fatture delle prestazioni fornite dal perito, ossia Euro 671.- (doc. TAF 20), Euro 488.- (doc. TAF 36) ed Euro 488.- (TAF doc. 49), di cui chiede il rimborso in questa sede.

E. 17.3.2

Giusta l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può d'ufficio o a domanda assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (si confronti anche art. 7 del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Per il capoverso 2 il dispositivo indica l'ammontare dell'indennità e l'addossa all'ente o all'istituto autonomo, nel cui nome l'autorità inferiore ha deciso, in quanto non possa essere messa a carico di una controparte soccombente. Per l'art. 8 del regolamento le ripetibili comprendono le spese di rappresentanza o di patrocinio ed eventuali altri disborsi di parte. Per spese non necessarie non vengono corrisposte indennità.

E. 17.3.3

In DTF 115 V 62 l'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha modificato la propria giurisprudenza, statuendo che la parte vincente che si è prevalsa di una perizia di parte ha diritto al rimborso di tutte le spese del perito (onorario e altre spese) a titolo di ripetibili ai sensi dell'art. 159 OG allora in vigore. Nella sentenza K 142/02 consid. 6 del 28 dicembre 2004 l'Alta Corte ha inoltre precisato che anche ad una parte non patrocinata da un avvocato oppure da un rappresentante qualificato che vince il processo viene attribuito un rimborso spese nell'ambito dell'indennità di parte, come ad esempio per accertamenti medici (perizia privata), nella misura in cui essi erano risultati necessari (la cosiddetta "Umtriebsentschädigung", art. 159 cpv. 2 vOG; si confronti anche RAMI 2004 no. U 503 pag. 187 consid. 5.1 [U 282/00]). Secondo il Tribunale federale questa giurisprudenza deve senz'altro valere anche dopo l'entrata in vigore della LTF (sentenza 8C_178/2008 del 5 marzo 2009 consid. 8.1) e pertanto anche nella procedura di fronte al TAF.

E. 17.4

In concreto le perizie di cui è chiesto il rimborso sono risultate determinanti per la soluzione della vertenza per i motivi esposti ai considerandi precedenti. Trattasi di spese da considerarsi indispensabili, nonché comprovate e giustificate. In queste circostanze, è opportuno riconoscere in favore del ricorrente un'indennità per spese di complessivi Euro

1'647.-, ossia al cambio odierno di 1,071, fr. 1'763,95. Questa indennità è posta a carico dell'autorità inferiore e sarà versata alla crescita in giudicato della presente sentenza. (dispositivo alla pagina seguente)

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