

BVGer C-3041/2016 vom 5. Februar 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-02-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3041_2016

FR: TAF C-3041/2016 du 5 février 2018

IT: TAF C-3041/2016 del 5 febbraio 2018

Regeste

Valutazione dell'invalidità

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 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), che ha altresì pagato l'acconto spese, il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1.1

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. 2.1.2

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. 2.1.3

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. 2.1.4

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. 2.1.5

Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre 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. 2.2.1

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 DTF 129 V 1 consid. 1.2).

E. 2.2.2

La procedura di revisione essendo stata avviata il 6 giugno 2013 (doc. UAIE 197), 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 le eventuali modifiche successive intervenute fino alla data della decisione impugnata.

E. 3

Giova altresì 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 pronunciata, e meglio il 13° aprile 2016. 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),

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 consid. 3a in fine).

E. 4

Oggetto del contendere è la questione se a ragione o meno l'UAIE, con decisione del 13 aprile 2016, ha confermato il diritto di A. _____ ad un quarto di rendita d'invalidità. Contestata è in particolare la valenza probatoria dei rapporti e delle perizie mediche allestite in esecuzione della sentenza del Tribunale adito del 20 agosto 2014 (incarto C-6027/2013), nonché la necessità di sottoporre il ricorrente ad una nuova perizia pluridisciplinare.

E. 4.1

L'insorgente sostiene in particolare che la documentazione medica prodotta dall'H. _____ di (...), su cui si fonda la decisione impugnata, risulta succinta, lacunosa, senza indicazioni in merito alla capacità lavorativa residua e pertanto priva di forza probante. L'assicurato ritiene inoltre che l'autorità inferiore è venuta meno agli obblighi di approfondimento imposti dal Tribunale amministrativo federale con sentenza del 20 agosto 2014 (consid. 8.2 pag. 15). Egli si prevale infine di un peggioramento delle sue condizioni di salute (doc. TAF 1 e allegati).

E. 4.2

L'amministrazione considera per contro, segnatamente sulla base delle valutazioni del SMR del 4 marzo 2015 (doc. UAIE 274), 22 settembre 2015 (doc. UAIE 307), 2 dicembre 2015 (doc. UAIE 313) e 7 aprile 2016 (doc. UAIE 323), che lo stato di salute del ricorrente è rimasto invariato rispetto a quanto già valutato in occasione delle precedenti procedure di revisione. Essa ritiene inoltre che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti medici.

E. 5.1

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. 5.2

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

E. 5.3

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 oggettivamente superabile.

E. 6.1

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. 6.2

L'art. 88a cpv. 2 OAI prevede che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o se il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità aumenta, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole. L'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza avviene al più presto se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata (art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI).

E. 6.3

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. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (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). A differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (cfr. sentenza del TF 9C_696/2007 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

E. 7.1

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 relativa all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (sentenza del Tribunale federale I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108 consid. 5).

E. 7.2

Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 24 novembre 2010, data della decisione mediante la quale l'UAIE ha riconosciuto in favore del ricorrente un quarto di rendita di invalidità dal 1° aprile 2010 (doc. UAIE 163) e il 13 aprile 2016, data della decisione impugnata (doc. UAIE 324).

E. 8.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e 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. 8.2

In assenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'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, 114 V 314 consid. 3c).

E. 8.3

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 (sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 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*, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e

perizie.

E. 8.4

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 assurge 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 (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

E. 9

Nel caso di specie occorre esaminare se è perlomeno verosimile che, al momento dell'emanazione della decisione impugnata (13 aprile 2016) è intervenuta, rispetto al novembre 2010, una notevole modifica dello stato di salute del ricorrente (o delle conseguenze dello stesso sulla capacità lucrativa) o se invece, come sostenuto dall'autorità inferiore, tale presupposto non era adempiuto e pertanto la conferma del diritto ad un quarto di rendita era giustificato. Al riguardo va in particolare esaminata la valenza probatoria dei rapporti e perizie mediche allestite in esecuzione della sentenza del TAF del 20 agosto 2014 (incarto C-6027/2013).

E. 10

In via preliminare questo Tribunale rileva che nel novembre 2010, momento in cui è stato attribuito un quarto di rendita di invalidità dal 1° aprile 2010 (doc. UAIE 163), il dott. C._____ aveva in particolare posto le diagnosi di " chronisches lumbospondylogenes Syndrom, St. n. Spondylolisthesis L5/S1 Grad 2 bei Spondylolyse L5, Spondylarthrose L5/S1, St. n. dorsaler Distraktionsspondylodese L5/S1 sowie Diskuskäfigspondylodese 16.05.2003, [...] chronische Hepatitis B asymptomatisch " e considerato il ricorrente totalmente inabile al lavoro (doc. UAIE 140, consid. E.b). Con rapporto dell'8 maggio 2009 il dott. E._____ ha ripreso integralmente le suddette diagnosi e ritenuto l'interessato inabile al lavoro al 100%, ma perlomeno al 50% (doc. UAIE 141, consid. E.b).

E. 11.1

In occasione della procedura relativa alla seconda domanda di revisione promossa dal ricorrente il 6 giugno 2013 (doc. UAIE 185), conclusasi con la sentenza del 20 agosto 2014 (incarto C-6027/2013, consid. 8.2 pag. 15), il Tribunale adito aveva rinviato gli atti all'autorità inferiore per entrare nel merito, per completamento dell'istruttoria tramite l'allestimento di una perizia di carattere generale (E213), visite approfondite in neurologia ed ortopedia, l'esecuzione di tutti gli esami strumentali e radiologici che il caso richiedeva (Rx, RM, TAC, etc.), nonché per procedere all'analisi dell'incidenza degli esami di cui ai documenti 8 e 9 allegati al doc. TAF 5 (cfr. doc. UAIE 225 e 226).

E. 11.2

Il Tribunale amministrativo federale (incarto C-6027/2013, consid. 8.1, pag. 14) aveva in particolare constatato che " la documentazione allegata alla domanda d'aggravamento presentata da A._____ ha reso perlomeno plausibile che il grado d'invalidità si è modificato in modo e misura tali (nel grado e nel tempo) da meritare un approfondimento istruttorio, in quanto la situazione è tale che la precedente attività, pur in misura del 60% ed a tutte le precauzioni dettate da motivi medici, non è più esigibile e pure, visti i pareri medici prodotti, appare problematica la ripresa eventuale di un lavoro di ripiego più leggero e/o sedentario in misura percentualmente superiore. Non è altresì escluso che tale situazione sia già precedente, e che possa giustificare addirittura un riesame, ritenuto che, contrariamente a quanto indicato dalla clinica D._____ nel rapporto dell'8 aprile 2009, l'amministrazione non ha mai proceduto, né al momento dell'assegnazione della rendita né nel corso delle varie revisioni, a eseguire gli accertamenti suggeriti, malgrado pure il medico dell'UAIE ne fosse al corrente (...) ".

E. 12.1

In esecuzione della sentenza del Tribunale adito del 20 agosto 2014 l'UAIE ha ordinato all'H._____ di (...) la trasmissione di un rapporto medico (formulario E213) e di copie delle cartelle cliniche posteriori al 6 marzo 2012, nonché l'esecuzione di un esame neurologico e di uno ortopedico (doc. UAIE 241 e 243).

E. 12.1.1

Con perizia del 9 febbraio 2015 (doc. UAIE 250, formulario E213), redatta all'attenzione dell'UAIE, la dott.ssa I._____ ha posto le diagnosi di rigidità del rachide l/s (rigidità articolare, ICD 7184) con lombalgia cronica resistente alla terapia in esiti di intervento NCH (2003) per spondilolistesi L5/S1 in spondilodiscoartrosi (spondilolistesi acquisita, ICD 7384). Le diagnosi non sono state contestate dal ricorrente. L'esperta ha poi indicato che le condizioni di salute erano peggiorate rispetto alla visita precedente del 23 settembre 2009 (pag. 7) e considerato A._____ inabile al 100% dal 16 settembre 2009 sia nell'ultima professione esercitata (parcheggiatore) che in un'attività adeguata che tenga conto dei limiti funzionali (pag. 9).

E. 12.1.2

Da un punto di vista ortopedico con rapporto del 17 giugno 2015 (doc. UAIE 301) il dott. L._____ ha posto la diagnosi di esiti di intervento di stabilizzazione L5/S1 per spondilolistesi L5/S1 (spondilolistesi L5) con artrodesi strumentata con barre avvitate transpseudocolari L5 e S1 bilateralmente e di cagie discali nel maggio 2003. L'esperto, visto il quadro EMG con sofferenza cronica neurogena del TA, gemello sin, nonché del quadro clinico in continuo peggioramento, ha poi consigliato un eventuale controllo con TAC, FKT, terapia antalgica, ginnastica in piscina indicando l'inesigibilità di attività lavorative pesanti.

E. 12.1.3

Con rapporto neurologico del 20 ottobre 2015, manoscritto e parzialmente illeggibile, il dott. M._____ ha posto la diagnosi di spondilolistesi L5/S1 (doc. UAIE 311).

E. 12.2

L'autorità inferiore (doc. UAIE 244) ha assunto agli atti ulteriore diversa documentazione medica (doc. UAIE 251-271).

E. 12.2.1

I rapporti radiologici del 22 gennaio 2013 del dott. O. _____ (doc. UAIE 269) e dell'11 febbraio seguente della dott.ssa P. _____ (doc. UAIE 266), le cui specializzazioni non sono note, che pongono la diagnosi di esiti da intervento chirurgico di stabilizzazione di spondilolistesi istmica L5-S1 con posizionamento di barre avvitate e di cage discale.

E. 12.2.2

Il rapporto del 30 maggio 2013 in cui il dott. Q. _____, specialista in neurologia, ha posto la diagnosi di spondilolistesi L5-S1 trattata chirurgicamente (artrodesi) e ritenuto l'interessato abile in un'attività leggera che non comporti l'impegno muscolare dei distretti lombari per un massimo di 2-3 ore al giorno (doc. UAIE 264).

E. 12.2.3

Il rapporto di visita fisiatrice del 9 agosto 2013 (doc. UAIE 256) in cui la dott.ssa R. _____, la cui specializzazione non è nota, ha posto la diagnosi di esiti di intervento chirurgico di stabilizzazione per spondilolistesi L5-S1 eseguito 10 anni fa con lombalgia cronica in peggioramento da circa due anni ed indicato l'impossibilità per l'assicurato di svolgere un'attività lavorativa richiedente una posizione eretta e/o seduta a lungo, movimenti di estensione del tronco e movimentazione di carichi.

E. 12.2.4

Il referto elettromiografico del 27 agosto 2013 con cui il dott. M. _____ evidenziava una sofferenza neurogena cronica a livello dei muscoli tibiale anteriore e gemello mediale sinistri (doc. UAIE 257).

E. 12.3

Con rapporto del 2 dicembre 2015 (doc. UAIE 313) il dott. G. _____ ha sostenuto che la documentazione prodotta non evidenziava una modifica dello stato di salute posteriormente al rapporto dell'Ufficio AI dell'8 ottobre 2010 (doc. UAIE 158), rispettivamente alla decisione dell'UAIE dal 24 novembre successivo (doc. UAIE 163), precisando quanto segue: " - Le E213 du 09.02.15 n'a pas objectivé de péjoration de l'état de santé.- Le rapport orthopédique du 17.06.15 ne contient aucun élément nouveau et confirme des plaintes et un examen objectif inchangés par rapport aux examens antérieurs au 24.11.10. Il préconise éventuellement une nouvelle imagerie, mais il faut constater à ce propos que le TAC du 22.01.13 était sans changement par rapport à l'examen de février 2008. Il n'y a donc pas lieu d'envisager une nouvelle imagerie. - L'examen neurologique du 20.10.15 n'établit pas de modification depuis le 08.04.09 ".

E. 13.1

Vale la pena di rammentare che il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 43 LPGA nonché gli art. 12, 13 PA e 19 PA). 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 qualora l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria, non essendo

compito del Tribunale effettuare in prima battuta i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

E. 13.2

L'art. 59 cpv. 2bis LAI ricorda che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGa - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incanto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 13.3

I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i referti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare - a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche - la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

E. 14.1

A proposito della valenza probatoria degli atti medici sui cui si è fondato il SMR e a sua volta l'UAIE va rilevato quanto segue.

E. 14.1.1

Nel rapporto ortopedico del 17 giugno 2015 il dott. L. _____ si limita ad indicare che il ricorrente non può svolgere attività lavorative pesanti, senza altresì precisarne i limiti funzionali e senza pronunciarsi in merito ad un'eventuale capacità lavorativa residua. Egli non si esprime inoltre quo all'eventuale capacità lavorativa in attività adeguate (doc. UAIE 301). La refertazione medica in oggetto risulta quindi lacunosa in quanto priva di

conclusioni chiare e precise in merito alla capacità lavorativa dell'insorgente e quindi anche di un'eventuale modifica della stessa.

E. 14.1.2

Dal canto suo il rapporto neurologico del dott. M. _____ del 20 ottobre 2015 (doc. UAIE 311), manoscritto e parzialmente illeggibile, contiene in buona sostanza unicamente una diagnosi molto stringata. Esso non rispetta manifestamente i criteri di forma, completezza, contenuti e motivazione posti dalla giurisprudenza.

E. 14.1.3

Nell'ambito della procedura di revisione avviata nel gennaio 2015 (doc. UAIE 244) l'autorità di prime cure si è dunque limitata ad acquisire gli atti trasmessi dall'H. _____ e a sottoporli al proprio servizio medico. In tale sede (doc. UAIE 313), il dott. G. _____ ha ripreso le valutazioni esposte nella suddetta documentazione medica per poi concludere che lo stato di salute dell'assicurato era rimasto invariato, e questo nonostante i limiti, le imprecisioni e le carenze testé evidenziate delle perizie, in particolare riguardo alla capacità lavorativa e ai limiti funzionali e malgrado il peggioramento attestato dalla dott.ssa I. _____ (doc. UAIE 250), già considerato plausibile dal TAF nella sentenza di rinvio. Non è stato inoltre ritenuto opportuno procedere ad ulteriori analisi, come, ad esempio, l'esecuzione di esami strumentali e radiologici - malgrado l'indicazione del dott. L. _____ (doc. UAIE 301) e il fatto che l'ultima TAC risaliva a tre anni prima (doc. UAIE 313) - nonché ad ordinare un accertamento approfondito e completo in ortopedia e, soprattutto, in reumatologia.

E. 15

A proposito della mancata esecuzione della sentenza di rinvio va rilevato quanto segue. Questa Corte constata che l'UAIE, in dispregio di quanto ordinatogli dal TAF con sentenza del 20 agosto 2014 (consid. 8.2, pag. 15), non ha né ordinato l'esecuzione di esami strumentali e radiologici (Rx, RM, TAC, etc) né analizzato l'incidenza degli esami di cui ai documenti 8 e 9 allegati al doc. TAF 5 (cfr. doc. UAIE 225 e 226). A questo titolo giova rilevare che pure il dott. L. _____ aveva consigliato un eventuale controllo con TAC (doc. UAIE 301). L'autorità di prime cure, sempre venendo meno a quanto ingiuntogli dal Tribunale adito (consid. 8.1, pag. 15), non ha in particolare fatto verificare le conseguenze del rilevamento del 27 febbraio 2008 del dott. S. _____, la cui specializzazione non è nota (doc. TAF 1 allegato 9, recte doc. TAF 5 allegato 8; cfr. doc. UAIE 225), secondo cui la posizione della vite poteva irritare la radice S1, e questo al fine di stabilire un peggioramento, rispettivamente un errore, nella precedente valutazione della situazione valetudinaria e della capacità lavorativa dell'assicurato. Inoltre non sono state eseguite visite approfondite in neurologia e ortopedia.

E. 16

Alla luce di quanto appena esposto emerge che l'istruttoria eseguita dall'UAIE è incompleta, il rapporto SMR si fonda quindi su atti incompleti, trae conclusioni contrarie agli atti (nessun peggioramento senza sufficiente motivazione) e non rispetta quanto statuito dal TAF nella sentenza di rinvio. Allo stato attuale dell'istruttoria risulta pertanto impossibile, per il Tribunale, determinarsi sul merito della vertenza, ossia sull'effettivo stato di salute e sulle conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa e pertanto sul grado d'invalidità dell'interessato, in particolare sull'evoluzione dello stato valetudinario e della capacità lavorativa al fine di statuire sull'eventuale modifica del grado di invalidità. A questo titolo

giova pure rilevare che, con perizia del 9 febbraio 2015 (doc. UAIE 250, formulario E213), la dott.ssa I. _____ ha attestato un peggioramento dello stato di salute rispetto all'ultima visita (23 settembre 2009), ma senza indicare da quando era intervenuto. La decisione impugnata, che viola il diritto federale, fondandosi su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti, dev'essere annullata.

E. 17.1

Se il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, 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-6221/2011 dell'8 febbraio 2013 consid. 8.1). In particolare, si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti ai fini dell'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. 17.2

Gli atti di causa vanno pertanto rinviati all'UAIE affinché proceda al necessario completamento dell'istruttoria ai sensi di quanto già indicato nella sentenza di rinvio del 20 agosto 2014. L'istruttoria complementare presuppone in particolare l'allestimento di una perizia bi/pluridisciplinare (ortopedica ev. reumatologica/neurologica) in Svizzera, l'esecuzione di tutti gli esami strumentali e radiologici che il caso richiede (Rx, RM, TAC, etc.), nonché di ogni altro esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario, al fine di accertare l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa dell'assicurato a far tempo dal 24 novembre 2010. Del resto lo stesso dott. G. _____ nel suo parere del 27 novembre 2014 (doc. UAIE 241) aveva dichiarato che " selon la teneur et la qualité des documents reçus, il faudra peut-être ensuite procéder à une expertise médicale en Suisse ". L'autorità di prime cure dovrà inoltre verificare le conseguenze del rapporto del 27 febbraio 2008 del dott. S. _____, secondo cui la posizione della vite poteva irritare la radice S1.

E. 17.3

In siffatte circostanze, non essendo stati chiariti degli aspetti medici determinanti, in particolare non essendo state esperite le necessarie perizie specialistiche, neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 che pone le condizioni alle quali va esperita una perizia giudiziaria (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, nel senso testé indicato da questo Tribunale. Il ricorso viene pertanto accolto in via eventuale. Se del caso l'UAIE procederà inoltre ad un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate e si pronuncerà nuovamente sul grado di invalidità di A. _____.

E. 18.1

Visto l'esito della procedura, non si prelevano spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA). L'anticipo spese, di fr. 800.-, versato dall'insorgente il 7 giugno 2016 (doc. TAF 4) verrà restituito al ricorrente

E. 18.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del

regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 132 V 215 consid. 6.2 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). Giusta l'art. 14 cpv. 1 TS-TAF, le parti che chiedono la rifusione di spese ripetibili devono presentare al Tribunale, prima della pronuncia della decisione, una nota particolareggiata delle spese. Se non viene prodotta una nota spese particolareggiata, come nel caso concreto, il giudice fisserà un'indennità sulla base degli atti (art. 14 cpv. 2 TS-TAF).

E. 18.2.1

Secondo giurisprudenza, nell'ambito del suo potere d'apprezzamento, il Tribunale di prima istanza determina l'onorario dell'avvocato in funzione dell'importanza e delle difficoltà della lite nonché dell'ampiezza del lavoro e del dispendio orario (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_284/2012 del 18 maggio 2012 consid. 6).

E. 18.2.2

Per valutare l'importanza del lavoro e del tempo consacrato, occorre tenere conto del fatto che la procedura in materia di assicurazioni sociali è retta dalla massima inquisitoria, ciò che, di solito, facilita il compito del mandatario. Quanto all'attività di quest'ultimo suscettibile di essere considerata, essa non può comprendere le azioni inutili o superflue. Inoltre, le iniziative intraprese prima della promozione della fase processuale non possono essere ritenute (cfr. sentenza del Tribunale federale I 452/05 del 27 novembre 2006 consid. 5.5 e relativi riferimenti).

E. 18.2.3

Il caso in esame non è complesso dal punto di vista dei fatti, ritenuto che l'incarto dell'UAIE non è eccessivamente voluminoso e che la fattispecie non pone questioni in diritto di particolare difficoltà. L'attività dell'avvocata si è peraltro limitata alla stesura del ricorso (sette pagine) ed alla conferma del suo contenuto in fase di replica (una pagina). Stando così le cose, in assenza di una nota dettagliata, il collegio giudicante determina un'indennità (comprensiva di onorario e spese vive) di fr. 2'500.-.

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