

# **BVGer C-4272/2012 vom 6. Mai 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-05-06, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4272\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4272_2012)

FR: TAF C-4272/2012 du 6 mai 2013

IT: TAF C-4272/2012 del 6 maggio 2013

## **Regeste**

Diritto alla rendita

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20). In concreto, la decisione impugnata è stata emessa dall'UAIE conformemente all'art. 40 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), relativo alla notificazione delle decisioni ai frontalieri. Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

### **E. 1.2**

Secondo l'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). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

### **E. 1.3**

Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

### **E. 1.4**

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA),

e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

### **E. 2.1**

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

### **E. 2.2**

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto, del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici riferiti nella sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1), assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE riferiti nella sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 ch. 2).

### **E. 2.3**

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1), relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11), che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831), relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845), che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato. Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione. L'allegato II è peraltro completato da un protocollo, che ne costituisce parte integrante (art. 3 ch.2), in cui sono stipulate regole speciali riguardo all'assicurazione contro la disoccupazione, agli assegni per grandi invalidi e alla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

### **E. 2.4**

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

### **E. 3**

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della stessa al momento della decisione impugnata, in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), sono quindi applicabili, come lo sono le disposizioni della LPGGA, se e per quanto la LAI lo preveda (art. 2 LPGGA).

### **E. 4**

Il periodo di cognizione giudiziaria di questo Tribunale si estende fino al 4 luglio 2012, data della decisione avversata, visto che il giudice delle assicurazioni sociali deve analizzare, come appena ricordato al consid. 3, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, anche se può tenere conto dei fatti verificatisi dopo tale data, quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138 e 445, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a).

### **E. 5**

Il ricorrente contesta il momento a partire dal quale gli è stato riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità, ossia il 1° marzo 2012, rivendicando che esso dovrebbe essere fissato al 1° giugno 2011.

### **E. 6**

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, un cittadino italiano deve, cumulativamente, essere invalido ai sensi della legge svizzera ed avere versato contributi all'AVS/AI svizzera durante almeno tre anni (art. 36 LAI). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'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 pag. 4065; art. 45 del Regolamento n. 1408/71). In concreto, è pacifico che il ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge già a decorrere dal 1° giugno 2011, come egli pretende.

### **E. 7.1**

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 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. 7.2**

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). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, 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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

## **E. 7.3**

Il diritto alla rendita, secondo 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

## **E. 7.4**

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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA 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 LPGGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

## **E. 7.5**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, 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, 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. 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; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 pag. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

## **E. 8**

Il giudice delle assicurazioni sociali fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti). Egli deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 pag. 109).

### **E. 9.1**

In concreto, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dai rapporti dell'Ospedale Regionale di ..., del 29 aprile 2010, del Prof. C.\_\_\_\_\_, del 28 marzo 2011, del dott. D.\_\_\_\_\_, psichiatra, del 30 agosto 2011 (incarto CSS, doc. 2, 3 e 5), e del dott. B.\_\_\_\_\_, medico dell'UAI-TI, del 14 ottobre 2011 (incarto AI, doc. 44), risulta la diagnosi di sindrome da dipendenza d'alcol in attuale remissione, di esiti da insufficienza renale acuta nell'ambito di una progressa gastroenterite sospetta per Novovirus, d'epatopatia steatosica e d'ipertensione arteriosa importante in terapia insufficiente. Visto il carattere univoco di questa diagnosi, del resto non contestata dal ricorrente, e peraltro sostanzialmente confermata dalla perizia E 213 del 9 luglio 2012 (incarto AI, doc. 73), questo Tribunale non ha motivi per scostarsene.

### **E. 9.2**

Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate, il Prof. C.\_\_\_\_\_ ha rimarcato innanzitutto, nel suo rapporto del 28 marzo 2011, redatto all'intenzione della CSS, che il caso non era ancora sufficientemente istruito dal punto di vista medico, proponendo quindi un ricovero ospedaliero per realizzare molteplici esami, in particolare alla luce del fatto che il ricorrente era stato inviato d'urgenza alcune volte, nel corso del 2010 e anche nel 2011, al pronto soccorso dell'... di ... per stati confusionali, vertigini, lipotimie, cefalea e astenia, delle cui visite mancavano però i rapporti. Lo specialista si è cionondimeno espresso prudentemente sulla questione della capacità lavorativa, rilevando, da un lato, l'impossibilità di riprendere l'attività di muratore, specialmente per gli sforzi fisici ed isometrici importanti che implica, e, dall'altro lato, la possibilità molto teorica di svolgere al 50% un'occupazione confacente, ossia non comportante il sollevamento di pesi superiori a 10 kg e la necessità di salire su ponteggi. Il Prof. C.\_\_\_\_\_ ha concluso la sua relazione affermando che avrebbe potuto pronunciarsi sul caso in modo più esaustivo probabilmente

solo dopo l'ospedalizzazione necessaria del ricorrente. Dal canto suo il dott. D. \_\_\_\_\_ ha stabilito, nel suo rapporto del 30 agosto 2011, su incarico della CSS, un'incapacità lavorativa medico-teorica, dal punto di vista psichiatrico, totale per qualsiasi attività dal 4 marzo 2011, evidenziando in particolare il fatto che, sulla base dei dati di laboratorio allora conosciuti, non risultava credibile che il ricorrente si trovasse in una situazione d'astinenza dall'alcol. Da notare che il ricorrente era in cura presso l'... dal 4 marzo 2011, ma che ha interrotto la stessa di propria iniziativa durante l'estate, ripresentandosi poi in ospedale il 14 novembre 2011, giorno a decorrere dal quale è stato sottoposto ad una procedura di disintossicazione farmacologica fino al 23 novembre seguente, che gli ha apparentemente permesso di raggiungere l'astensione completa dagli alcolici fino almeno a febbraio 2012 (incarto AI, doc. 57/4 a 8). Il dott. B. \_\_\_\_\_ ha ripreso, nel suo rapporto finale, le conclusioni del dott. D. \_\_\_\_\_ riguardo al grado dell'incapacità lavorativa e al suo inizio.

### **E. 9.3**

Visto quanto precede, questo Tribunale prende atto che l'incapacità lavorativa del ricorrente, per ragioni psichiatriche, è totale per qualsiasi attività a decorrere dal 4 marzo 2011, ossia da quando ha avuto inizio la cura di disintossicazione farmacologica dall'alcol presso l'..., come stabilito dai dottori D. \_\_\_\_\_ e B. \_\_\_\_\_. Per quanto riguarda il periodo dal 1° aprile 2010 al 3 marzo 2011, questo Tribunale deve invece constatare che l'incarto non permette di capire quale sia stata l'evoluzione dello stato di salute del ricorrente. Da un lato, il Prof. C. \_\_\_\_\_ ha notato, nel suo rapporto, come del resto già ricordato, che il ricorrente era stato inviato d'urgenza alcune volte, già nel corso del 2010 e anche nel 2011, al pronto soccorso dell'... di ... per stati confusionali, vertigini, lipotimie, cefalea e astenia, i cui rapporti di visita mancano però all'incarto. Dall'altro lato, l'UAI-TI e l'UAIE si sono limitati, nel preavviso e nella risposta formale al ricorso, a riprendere i termini della decisione impugnata, secondo cui fa difetto una refertazione medica rilevante per potere riconoscere un'incapacità lavorativa continua da giugno 2010, sottacendo il fatto che la CSS ha pagato l'indennità giornaliera al 100% per malattia dal 28 aprile al 30 ottobre 2010 (incarto AI, doc. 21). Nel quadro di queste incertezze quanto all'evoluzione dello stato di salute del ricorrente nel corso del periodo dal 1° novembre 2010 al 3 marzo 2011, non si deve inoltre omettere di menzionare il fatto che il datore di lavoro ha dichiarato il 4 aprile 2012, nell'apposito formulario (incarto AI, doc. 62), che il ricorrente "risulta abile al lavoro dal 30 aprile 2010 al 3 marzo 2011 solo perché non ha consegnato rapporti medici alla compagnia d'assicurazione, la quale ha sospeso il caso. In questo periodo egli non si è nemmeno presentato sul posto di lavoro". Date queste circostanze, questo Tribunale considera necessario completare le delucidazioni mediche relativamente al periodo dal 1° aprile 2010 al 3 marzo 2011, e ciò allo scopo di verificare l'eventuale esistenza di un'incapacità lavorativa e del diritto ad una rendita d'invalidità già a partire da un'epoca anteriore al 1° marzo 2012.

### **E. 10.1**

Tenuto conto delle considerazioni sopraesposte, al ricorrente è confermato il diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° marzo 2012, e la causa rinviata all'UAIE, in virtù dell'art. 61 cpv. 1 PA, affinché esamini la questione del diritto alla rendita per il periodo anteriore.

### **E. 10.2**

Secondo quest'ultima disposizione, l'autorità di ricorso decide la causa o eccezionalmente la rinvia, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore. Benché questa norma permetta solo

eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata in concreto, se si considerano le contraddizioni di cui fa stato l'incarto (DTF 137 V 210, consid. 4.4.1.4). In concreto, l'UAIE dovrà quindi completare gli atti dal punto di vista medico per il periodo dal 1° aprile 2010 al 3 marzo 2011, anche alla luce dell'incarto completo della CSS. L'UAIE sottoporrà in seguito gli atti completati al suo servizio medico, il quale esprimerà il proprio avviso dettagliato e fondato sulla diagnosi e sulla capacità lavorativa, quantificandola e indicandone senza equivoci l'inizio. Una volta che il suo servizio medico si sarà pronunciato in questo senso, l'UAIE dovrà esaminare, se del caso, in che misura il ricorrente sarebbe stato eventualmente atto a trarre profitto (capacità di guadagno) dalla capacità lavorativa residua in attività adeguate. È solamente dopo avere operato questo esame che l'UAIE effettuerà, se necessario, un adeguato e circostanziato raffronto dei redditi, tenendo conto, per quanto concerne la riduzione per circostanze personali, della giurisprudenza federale in materia (in particolare, DTF 126 V 75), ed emanerà così una nuova decisione impugnabile.

### **E. 11.1**

È opportuno rilevare che un giudizio con cui un'autorità giudiziaria di prima istanza statuisce in via definitiva (riservato un ricorso) sul diritto alla rendita per un determinato periodo e rinvia la causa all'amministrazione per nuova decisione relativamente ad un altro periodo, costituisce, per quel che concerne l'aspetto definitivamente risolto, una decisione parziale separatamente impugnabile che, se non viene impugnata, cresce autonomamente in giudicato e non può più essere contestata, mentre rappresenta una decisione incidentale per quanto riguarda l'aspetto oggetto del rinvio della causa (DTF 135 V 141, consid. 1.4, sentenza del Tribunale federale 9C\_266/2010, dell'8 ottobre 2010, consid. 3.1). Però, un giudizio con cui un'autorità di prima istanza, a differenza della fattispecie in DTF 135 V 141, rinvia la causa all'amministrazione per nuova decisione per un determinato periodo precedente quello per il quale statuisce in via definitiva sul diritto alla rendita, costituisce nel suo insieme una decisione incidentale impugnabile solo alle condizioni poste dall'art. 92 o 93 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale federale (LTF, RS 173.110; DTF 135 V 148, consid. 5.1 - 5.3).

### **E. 11.2**

In concreto, considerato che il diritto ad una rendita intera d'invalidità a decorrere dal 1° marzo 2012 è stato riconosciuto senza equivoci dall'amministrazione, diritto che il ricorrente non ha contestato in fase d'audizione e non contesta nell'ambito della presente procedura, è lecito ammettere, in virtù della precitata giurisprudenza, che la prima parte di questa decisione costituisce una decisione incidentale, dunque impugnabile davanti al Tribunale federale solamente nella misura in cui sono adempiute le condizioni degli art. 82 e segg., 93 e segg. e 100 LTF, mentre la seconda parte rappresenta una decisione parziale, quindi separatamente impugnabile davanti al Tribunale federale secondo gli art. 82 e segg., 91 e segg. e 100 LTF.

### **E. 12**

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, non sono prelevate spese processuali e il relativo anticipo di Fr. 400.-, versato il 14 novembre 2012, è restituito al ricorrente. Conformemente all'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e

relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). In concreto, considerato che il ricorrente ha agito per il tramite di un rappresentante professionale, per cui ha dovuto sostenere spese indispensabili e relativamente elevate, è giustificato assegnarli un'indennità per spese ripetibili di Fr. 800.- a carico dell'UAIE (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]).

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