

BVGer C-4799/2010 vom 27. Mai 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-05-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4799_2010

FR: TAF C-4799/2010 du 27 mai 2010

IT: TAF C-4799/2010 del 27 maggio 2010

Regeste

Assicurazione per l'invalidità (AI)

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 pertanto ammissibile.

E. 2.1

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché il Regolamento (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 (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a

far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

E. 2.2

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.

E. 2.3

L'art. 80a LAI 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 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

E. 2.4

Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.1

Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

E. 3.2

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). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 29 gennaio 2009, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 5a revisione AI entrate in vigore il 1° gennaio 2008 (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_249/2010 del 1° giugno 2009; v. anche la sentenza del Tribunale amministrativo federale C-4419/2010 dell'8 febbraio 2012). Al caso di specie, non sono per contro applicabili le disposizioni della 6a revisione AI (primo pacchetto) che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (FF 2010 1603).

E. 3.3

Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 29 gennaio 2009. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 5.3 del presente giudizio]). 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 resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 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 Tribunale federale 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. 4

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: × essere invalido ai sensi della LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI); × aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4). Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 14 anni (doc. 7) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

E. 5.1

L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA).

E. 5.2

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando

l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

E. 5.3

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

E. 5.4

Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c*).

E. 6.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 6.2

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

E. 6.3

Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

E. 7.1

Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

E. 7.2

Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi

fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

E. 7.3

In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

E. 8.1

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione - ad esempio quale perizia o rapporto - ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

E. 8.2

Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

E. 8.3

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 9

Dalla documentazione medica agli atti appare che il ricorrente soffre segnatamente di diabete mellito tipo 2, obesità, lombosciatalgia destra in esiti di interventi chirurgici per ernie discali lombari, rizoartrosi, esiti di frattura del malleolo peroneale sinistro, speroni calcaneali bilaterali, artrosi astragalo-calcaneale e metatarso-falangea bilaterale, epatopatia steatosica, ipertrofia prostatica, cardiopatia ischemica e depressione endo-reattiva in trattamento farmacologico (cfr. certificato medico del Servizio di igiene mentale di F. _____ del 20 dicembre 2002 [doc. 20], perizia medica particolareggiata E 213 del 18 gennaio 2010 [doc. 41] e presa di posizione del medico SMR del 23 febbraio 2010 [doc. 48]).

E. 10.1

Nella fattispecie in esame, occorre determinare se, e a partire da quando, il ricorrente abbia subito, e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% durante un anno giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI.

E. 10.2.1

Il dott. B. _____, medico dell'UAIE, nei rapporti del 23 febbraio e 19 maggio 2010 (doc. 48 e 57), su cui si fonda la decisione impugnata, ha rilevato che il ricorrente è stato sottoposto ad un intervento chirurgico per un'ernia discale nell'ottobre del 2004 (doc. 24) e nel marzo del 2008. Ha segnalato che il rapporto ortopedico del gennaio 2010 (doc. 44) riferisce di un'instabilità vertebrale in esiti di duplice intervento per ernia discale e conclude alla necessità di indossare un busto ortopedico e di sottoporsi a fisioterapia. Un referto radiologico dell'ottobre 2009 (doc. 43) fa altresì stato di disturbi degenerativi. Dalla perizia medica E 213 del marzo 2009 e dal menzionato rapporto ortopedico del gennaio 2010 (doc. 35 e 41) emergerebbe che l'insorgente, che soffre di contratture muscolari, evidenzia una discreta limitazione dei movimenti di flessione-estensione del tronco, una manovra di Lasegue positiva a destra, una lieve tumefazione delle mani con diminuzione della forza nonché dei dolori alla cavaglia e che lo stesso non presenta alcuna limitazione funzionale significativa al rachide e neppure alcun deficit neurologico. Il dott. B. _____ ha altresì constatato che il referto di elettromiografia del marzo 2007 (doc. 28) evidenzia una sofferenza radicolare C5-C8 e L5-S1 e il referto di elettromiografia del marzo 2010 (doc. 51) conclude ad una radicolopatia L4 senza correlazione con i riscontri medici oggettivi. Dal canto suo, il rapporto neurologico del marzo 2010 (doc. 52) riferirebbe di parestesie, di disestesie e di una riduzione dei riflessi tendinei senza limitazione funzionale significativa al rachide ed agli arti inferiori. La relazione medica dell'aprile 2010 (doc. 53) menzionerebbe una diminuzione dell'umore, la quale corrisponderebbe tutt'al più ad una distimia reattiva, peraltro senza incidenza sulla capacità al lavoro. Il dott. B. _____ ha quindi reputato che il ricorrente, a causa degli interventi chirurgici alla schiena e delle limitazioni funzionali all'apparato locomotorio, presenta un'incapacità lavorativa del 20% dal 2 ottobre 2004 e del 70% dal marzo del 2008 (data degli interventi chirurgici) nelle precedenti attività di aiuto-meccanico e bracciante agricolo, ma ha ritenuto esigibile nella misura del 100% l'esercizio di un'attività leggera confacente al suo stato di salute.

E. 10.2.2

Il dott. E. _____, medico dell'UAIE, nel rapporto del 23 novembre 2010 (doc. 62), ha altresì, e nella sostanza, confermato la valutazione del dott. B. _____, anche sulla base della nuova documentazione medica esibita. Ha in particolare segnalato che il referto di

risonanza magnetica del febbraio 2010 (doc. TAF 1) conferma la diagnosi di radicolopatia L2-L5 destra già nota e tenuta in considerazione nella valutazione di un'incapacità al lavoro del 70% nella precedente attività. Il dott. E._____ ha quindi concluso che l'esercizio delle attività confacenti allo stato di salute proposte dal dott. B._____ è esigibile.

E. 10.3

In merito a tale valutazione, occorre precisare che il dott. B._____, nella presa di posizione del 9 agosto 2009 (doc. 37), aveva chiesto di sottoporre l'insorgente ad un esame ortopedico al fine di una corretta e completa constatazione dei fatti determinanti (v. doc. 39). Agli atti di causa figurano certo due rapporti ortopedici del gennaio 2010 (doc. 44 e 45). Gli stessi, peraltro dal contenuto estremamente succinto, non si pronunciano, fra l'altro, sulle conseguenze sulla capacità lavorativa delle affezioni ortopedico-reumatologiche riscontrate. Il citato medico dell'UAIE si è comunque espresso sulla questione di sapere se questi documenti possano colmare le lacune nell'accertamento dei fatti, ritenuto altresì che, a suo parere, il rapporto ortopedico del gennaio 2010 (doc. 45) si limita ad una breve annotazione manoscritta, agli atti non figura alcun rapporto concernente l'intervento chirurgico del marzo 2008 e l'unico esame obiettivo ortopedico è reperibile nella perizia medica E 213 del gennaio 2010 (doc. 41), che appare peraltro di contenuto identico a quello della perizia E 213 del marzo 2009 (doc. 35), documento quest'ultimo che secondo lo stesso dott. B._____ non permetteva una valutazione del caso (v. doc. 37). Inoltre, il referto di elettromiografia del 27 marzo 2007 (doc. 28) conclude a sofferenza radicolare neurogena subacuta nei miomeri C5-C8 e L4-L5-S1 (v. anche doc. 23.17) ed il referto di elettromiografia del 10 marzo 2010 (doc. 51) menziona segni di danno muscolare neurogeno compatibile con probabile radicolopatia L4, disturbi poi segnalati anche nel referto di risonanza magnetica del 13 febbraio 2010 (doc. TAF 1) che evidenzia una protrusione discale tra L4-L5 che impronta il sacco durale ed una piccola quota di tessuto tra L5-S1 che contatta il sacco durale. Non è però dato sapere, in assenza di adeguata motivazione, per quale motivo il dott. B._____ abbia ritenuto che detti disturbi non possano essere correlati ad alcun riscontro medico oggettivo e, quindi, non abbiano alcuna incidenza sulla capacità lavorativa del ricorrente, ritenuto altresì che secondo il dott. E._____ (cfr. rapporto del 23 novembre 2010 [doc. 62]) va tenuto conto della presenza di una radicolopatia L2-L5 nella valutazione clinica-lavorativa dell'insorgente. Peraltro, nel referto neurologico del 5 marzo 2010 (doc. 52) è evidenziata, fra le altre, la diagnosi di polineuropatia diabetica, indicato che il paziente è affetto da diabete insulino-dipendente e lamenta astenia, ipostenia agli arti inferiori, parestesie, disestesie. È stata pure prescritta una tomografia assiale computerizzata (TAC) cerebrale. Appare poco chiaro, in assenza di un esame specialistico neurologico, per quale motivo il dott. B._____ abbia ritenuto che non sussiste una correlazione tra la sintomatologia soggettiva ed i riscontri medici oggettivi e che, quindi, detta sintomatologia non ha alcuna incidenza sulla capacità al lavoro del ricorrente. Infine, dal certificato medico del 20 dicembre 2002 del dott. G._____, medico responsabile del Servizio Igiene mentale di C._____ (doc. 20), risulta che il paziente è affetto da depressione cronica endo-reattiva in trattamento psicofarmacologico (fra gli altri, con un antidepressivo ["H._____"]) e che la gravità della condizione psicopatologica è tale da non consentire all'interessato un funzionamento sociale e lavorativo adeguato. Nella perizia medica E 213 del gennaio 2010 (doc. 41) è altresì indicato che l'insorgente manifesta un umore tendenzialmente depresso (doc. 41 pag. 3 n. 4.1). Inoltre, nella relazione medica del 26 aprile 2010 (doc. 53) è diagnosticata una depressione del tono dell'umore associata a note ansiose e segnalato che il paziente è visibilmente depresso, che

non esce più di buon grado di casa e che solo l'idea di farlo lo pone in uno stato di agitazione. Peraltro, il rapporto neurologico dell'aprile 2010 (doc. 52) riferisce che l'insorgente presenta apatia, note depressive, turbe dell'attenzione e della memoria recente.

E. 10.4

Visto quanto precede, l'autorità inferiore non poteva sulla base di generiche ed imprecise valutazioni dei dott. B._____ e E._____, specialisti in medicina generale (medici che peraltro non hanno visitato personalmente il ricorrente, ma si sono basati unicamente sui referti medici messi a loro disposizione), negare ogni effetto invalidante anche in attività sostitutive adeguate ai disturbi ortopedico-reumatologici, neurologici e psichici attestati da altri medici, senza prima raccogliere il giudizio di uno specialista in ortopedia-reumatologia, di uno specialista in neurologia e di uno specialista in psichiatria. Infatti, solo una valutazione specialistica avrebbe potuto stabilire con il necessario grado della verosimiglianza se i descritti disturbi ortopedico-reumatologici, neurologici e psichici potevano assumere valore patologico avente incidenza significativa sulla capacità lavorativa nel periodo determinante anche in attività sostitutiva adeguata (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4 e relativi riferimenti).

E. 11

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

E. 12.1

Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del Tribunale amministrativo federale C-7965/2010 del 27 marzo 2012 consid. 10.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e DTF 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute del ricorrente, segnatamente con un complemento dell'esame sullo stato di salute ortopedico-reumatologico, con un complemento dell'esame sullo stato di salute neurologico e con un complemento sullo stato di salute psichico (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4]), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione.

E. 12.2

Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 27 maggio 2010 l'autorità inferiore ha considerato che il ricorrente non ha subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile, perlomeno fino alla data della decisione impugnata (che costituisce il limite della cognizione temporale di questo Tribunale nel caso di specie), ed ha respinto la

domanda del medesimo volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

E. 13.1

Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 300.--, versato il 3 agosto 2010, è restituito al ricorrente.

E. 13.2

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]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.--, tenuto conto del lavoro utile e necessario, limitato, svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)

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