

BVGer C-4809/2011 vom 23. April 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-04-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4809_2011

FR: TAF C-4809/2011 du 23 avril 2012

IT: TAF C-4809/2011 del 23 aprile 2012

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

E. 1.2

Riservate le eccezioni - non realizzate nel caso di specie - di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

E. 1.3

In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1

In virtù dell'art. 53 cpv. 3 LPGA, l'assicuratore può riconsiderare una decisione, contro la quale è stato inoltrato ricorso, fino all'invio del suo preavviso all'autorità di ricorso. Peraltro, detta disposizione corrisponde all'art. 58 cpv. 1 PA (cfr. sentenza del Tribunale federale I 115/06 del 15 giugno 2007 consid. 2.1).

E. 2.2

Secondo giurisprudenza, la decisione resa pendente lite toglie la controversia solo nella misura in cui accondiscende alle conclusioni dell'insorgente. Nella misura in cui non è stata

risolta nella decisione successiva, la lite permane sulle domande non soddisfatte del ricorrente e in questo caso l'autorità di ricorso deve entrare nel merito di quanto è rimasto indeciso, prescindendo dal fatto se il ricorrente abbia o meno impugnato la seconda decisione (DTF 113 V 237 e DTF 107 V 250).

E. 2.3

Nel caso concreto, nella risposta al ricorso del 24 novembre 2011 (doc. TAF 9), l'autorità inferiore ha informato questo Tribunale d'aver reso, il 9 novembre 2011, una nuova decisione, mediante la quale ha deciso di erogare in favore del ricorrente un quarto di rendita d'invalidità a decorrere dal 1° marzo 2010. A prescindere dal fatto che l'insorgente ha dichiarato di mantenere il ricorso interposto il 31 agosto 2011 (cfr. replica del 26 gennaio 2012 [doc. TAF 11]), la nuova decisione non accondiscende alle conclusioni ricorsuali del ricorrente, il medesimo avendo chiesto nel merito l'accoglimento del gravame e il riconoscimento del diritto a tre quarti di rendita d'invalidità (doc. TAF 1). Questo Tribunale deve pertanto entrare nel merito del ricorso interposto il 31 agosto 2011, lo stesso non essendo divenuto privo d'oggetto per effetto della decisione del 9 novembre 2011.

E. 3.1

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. 3.2

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. 3.3

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. 3.4

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. 4.1

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. 4.2

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 10 febbraio 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. 4.3

Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 10 febbraio 2009. In deroga all'art. 24 LPGA, 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 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 6.3 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. 5

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 LPGA e della LAI (art. 8 LPGA 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 3 anni (doc. TAF 9) 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. 6.1

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

E. 6.2

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 LPGA), 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. 6.3

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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

E. 6.4

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. 7.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA 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 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti

d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 7.2

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. 7.3

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. 8.1

Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPG), 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. 8.2

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. 8.3

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. 9.1

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. 9.2

In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 9.3

Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). 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. 9.4

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. 10

Dalla documentazione medica agli atti emerge che il ricorrente soffre segnatamente di malattia demielinizante del sistema nervoso centrale (sclerosi multipla) sotto terapia, cefalee intermittenti in parte dal carattere vascolare, esiti di compressione cronica del nervo mediano destro nel canale carpale, fatica cronica con interessamento maggiore agli arti inferiori, foto-fono-osmofobia senza sintomi vegetativi, ridotto visus all'occhio destro, stato dopo intervento per tunnel carpale bilaterale, stato dopo intervento alla spalla destra per

lesione cuffia rotatori e stato dopo frattura al polso destro (cfr. perizia neurologica dell'11 aprile 2011 del dott. E. _____ [doc. 36-1] e rapporto del medico SMR del 15 aprile 2011 [doc. 37-1]).

E. 11.1

Nel caso di specie, l'oggetto litigioso è la questione di sapere se il ricorrente abbia diritto a tre quarti di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, come da lui postulato.

E. 11.2

Nella perizia neurologica del 4 aprile 2011 (doc. 36-1), il dott. E. _____ rileva che l'assicurato soffre di cefalee fin da bambino, dopo avere subito due traumi cranici all'età di 6 e 10 anni. Ha presentato una prima manifestazione neurologica della sclerosi multipla nel 2008, dapprima con un dolore orbitale destro, apparentemente senza alterazione del visus. Ha sviluppato, nei mesi successivi, una sintomatologia neurologica coinvolgente il tronco cerebrale e il midollo spinale soprattutto a livello cervicale. L'assicurato è stato messo al beneficio di un trattamento con netto miglioramento della sintomatologia iniziale, caratterizzata soprattutto da disartria, emiparesi destra, disturbi dell'equilibrio, problemi urinari. È stata iniziata una terapia con stabilizzazione della situazione, apparentemente senza recidiva. L'assicurato accusa soprattutto una sindrome da affaticamento cronico, difficoltà alla marcia su percorsi lunghi, con una sindrome tetrapiramidale ed un leggero deficit motorio del membro inferiore sinistro nonché una leggera disfunzione vestibolare sinistra. Il perito constata altresì che la situazione al momento sembra stabile, l'assicurato ha ripreso a lavorare, tutta la giornata, con però alcune limitazioni, può sedersi e riposarsi quando si sente particolarmente stanco, non deve portare pesi eccessivi. Il tutto è facilitato dalla comprensione da parte del datore di lavoro. Secondo il dott. E. _____, l'assicurato, da ottobre 2008, ha sicuramente presentato un'incapacità lavorativa per almeno 3 mesi al 100%, in seguito ha ripreso a lavorare sempre nella misura del 60%, 8 ore al giorno 5 giorni alla settimana. L'attività attuale è praticabile nella stessa misura. Il perito ha pure sottolineato che l'assicurato in qualsiasi altra attività presenterebbe le stesse limitazioni, i disturbi sono soprattutto legati alla terapia e alla presenza di una sindrome da affaticamento cronico. Non vede dunque una motivazione per un'integrazione professionale.

E. 11.3

Ora, la valutazione del dott. E. _____, secondo la quale il ricorrente "da ottobre 2008 ha sicuramente presentato un'incapacità lavorativa per almeno 3 mesi al 100%, in seguito ha ripreso a lavorare sempre nella misura del 60% (...); l'attività attuale è praticabile nella stessa misura" (cfr. doc. 36-5 pto. B2), appare imprecisa in merito alla valutazione della residua capacità lavorativa ed al momento a partire da cui sussiste tale capacità lavorativa. In effetti, la residua capacità lavorativa medico-teorica del 60% come ritenuta dal dott. E. _____ appare fondata sulla constatazione che l'insorgente ha ripreso a lavorare in tale misura quale magazziniere presso il proprio datore di lavoro. Tuttavia, non è dato sapere, in assenza di qualsivoglia considerazione al riguardo nella perizia del 4 aprile 2011, se il rendimento ragionevolmente esigibile dall'insorgente, anche dal profilo medico-teorico, nell'esercizio dell'attività di magazziniere, o in altra sostituiva adeguata (dal momento che secondo il perito il rendimento sarebbe identico anche in attività sostitutive), sia effettivamente del 60%. Il perito stesso ha indicato che il ricorrente ha certo ripreso l'attività al 60%, ma con limitazioni e grazie alla comprensione da parte del datore di lavoro. Quest'ultimo, ha però segnalato, con scritto del 27 maggio 2011 (doc. 46-1), che

l'insorgente ha un rendimento del 40% a far tempo dal 1° settembre 2010. Ha pure precisato, con scritto del 20 ottobre 2011 (doc. TAF 11) - certo redatto dopo la data della decisione impugnata, ma che si riferisce all'attività svolta alle sue dipendenze anche anteriormente alla data di detta decisione - che la situazione del ricorrente non appare più gestibile e che le continue e ripetute assenze comportano una notevole diminuzione di rendimento. Il datore di lavoro ha altresì fatto riferimento ad "un eventuale ulteriore provvedimento, il quale si potrebbe riassumere in una diminuzione della percentuale del rapporto di lavoro o addirittura con la cessazione dello stesso". Quanto al momento a partire da cui sarebbe intervenuto con verosimiglianza preponderante, dopo ottobre 2008, il miglioramento dello stato di salute dell'insorgente, appare poco chiaro se il perito consideri che se l'esercizio dell'attività di magazziniere (come pure di un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute) sia esigibile dal 1° gennaio 2009, ossia dopo un periodo di inabilità al lavoro di 3 mesi (da ottobre del 2008), oppure solamente dal 20 ottobre 2009, ossia dal momento in cui l'insorgente ha ripreso a lavorare presso il proprio datore di lavoro, come sembrano suggerire le considerazioni del perito a pagina 5 della perizia (doc. 36-5). Certo, il medico SMR dott. D. _____ ha ritenuta la prima variante (incapacità lavorativa totale di soli 3 mesi), senza tuttavia che la stessa, come precedentemente evidenziato, si imponga necessariamente in virtù della citata perizia del dott. E. _____ e senza che tale conclusione sia accompagnata da motivazione concludente (cfr. doc. 37 e 38), ritenuto altresì che allorquando in una perizia non è indicato in modo chiaro il momento a partire dal quale vi sarebbe stato un miglioramento significativo dello stato di salute dell'assicurato, si presume che il miglioramento intervenga di regola il giorno dell'effettuazione della perizia (che nel caso concreto è basata su un esame effettuato il 22 ottobre 2010).

E. 12

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. 13.1

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-3138/2010 del 9 gennaio 2012 consid. 8.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (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 determinanti, segnatamente con una richiesta di complemento della perizia neurologica del 4 aprile 2011 (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4]), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del medesimo dovesse rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione.

E. 13.2

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. 2.3.4). In altri termini, nell'ambito della nuova procedura dinanzi all'UAIE a seguito della presente cassazione della decisione del 5 luglio 2011, il quarto di rendita attribuito all'insorgente da detto Ufficio a partire dal 1° marzo 2010 con (nuova) decisione del 9 novembre 2011 - il ricorrente avendo mantenuto il ricorso del 31 agosto 2011 anche dopo avere preso conoscenza della menzionata nuova decisione dell'UAIE, il periodo di cognizione di questo Tribunale rimane delimitato dalla data del provvedimento impugnato del 5 luglio 2011 (cfr. DTF 113 V 237) - deve considerarsi come definitivamente accertato ed acquisito perlomeno fino alla data della decisione impugnata del 5 luglio 2011 (limite di cognizione temporale nel caso di specie; cfr. sulla problematica anche le sentenze del Tribunale amministrativo federale C-3138/2010 del 9 gennaio 2012 consid. 8.2 e C-4961/2011 del 21 novembre 2011 consid. 7.2). In tale contesto, resta aperta solo la questione di sapere se la portata e l'(eventuale) peggioramento dell'affezione neurologica possano avere un'incidenza significativa sulla capacità lavorativa del ricorrente nell'attività di magazziniere (come pure in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute). In effetti, e come precedentemente accennato, una soppressione totale della rendita non è ipotizzabile, dal momento che la sola affezione neurologica, già accertata in prima istanza, comporta sicuramente, ad essa sola, la concessione di perlomeno un quarto di rendita, fino al 5 luglio 2011, come ritenuto nella (nuova) decisione del 9 novembre 2011.

E. 13.3

Infine, resta aperta pure la questione di sapere se si possa ritenere, come ha fatto l'autorità inferiore nella decisione del 5 luglio 2011 (ma, sia rilevato a titolo del tutto abbondanziale, anche in quella nuova del 9 novembre 2011), che il ricorrente ha presentato la sua domanda di rendita d'invalidità svizzera il 2 settembre 2009 (v. la decisione del 5 luglio 2011 [doc. 51-1] e la risposta al ricorso del 24 novembre 2011 [doc. TAF 9]). Ora, dallo specifico formulario ufficiale E 204 risulta che l'insorgente ha formulato una richiesta di una rendita all'assicurazione svizzera per l'invalidità il 10 febbraio 2009 dinanzi alla Direzione provinciale di F._____, Ufficio convenzioni internazionali (v. doc. 6 pag. 8), formulario che è pervenuto all'autorità inferiore il 2 settembre 2009 (v. doc. 6 pag. 1). Stante tale premessa, l'autorità inferiore dovrà spiegare, qualora dovesse persistere sulla data del 2 settembre 2009 quale data dell'inoltro della domanda di rendita in esame, per quale ragione non sia determinante la data dell'effettiva domanda depositata dal ricorrente, ossia il 10 febbraio 2009, così come indicato dalla competente autorità italiana nel formulario E 204.

E. 13.4

Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

E. 13.5

Si giustifica altresì l'attribuzione al ricorrente, rappresentato in questa sede da mandatario professionale, di un'indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 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] a contrario). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'500.--, tenuto conto del lavoro effettivo svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina

segunte)

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