

BVGer C-5019/2010 vom 14. August 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-08-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5019_2010

FR: TAF C-5019/2010 du 14 août 2012

IT: TAF C-5019/2010 del 14 agosto 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

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, nella versione in vigore fino al 31 marzo 2012, sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71. I nuovi Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009 relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, entrati in vigore il 1° aprile 2012 nei rapporti tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione Europea, che sostituiscono i Regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72, non sono altresì (ancora) applicabili al caso concreto.

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 30 giugno 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-4799/2010 del 1° maggio 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 30 giugno 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. 4

Nel gravame, il ricorrente rimprovera all'autorità inferiore di non avere sufficientemente motivato la decisione impugnata. La censura non appare del tutto priva di fondamento ove solo si rilevi che né nel progetto di decisione del 31 marzo 2010 né nella decisione del 1° giugno 2010 l'UAIE ha indicato il contenuto essenziale della presa di posizione del servizio medico dell'UAIE del 10 marzo 2010 (doc. 17) e neppure quale parametro è stato adottato per il calcolo del grado d'invalidità. Senonché, la censura relativa all'insufficiente motivazione della decisione può essere lasciata indecisa ritenuto che per i motivi che saranno esposti al considerando 11 del presente giudizio, il ricorso va comunque parzialmente accolto e la decisione impugnata annullata.

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 15 anni (doc. 6) 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 un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273; v. pure sentenze del Tribunale federale 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). 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 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. 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 sommariamente 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 e fondata, 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

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. 9.3

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. 9.4

Peraltro, i rapporti SMR agli atti di causa costituiscono dei rapporti ai sensi dell'art. 59 cpv. 2bis LAI (in correlazione con l'art. 49 cpv. 1 OAI). Siffatti rapporti hanno per 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'incarto da un punto di vista medico. Nella misura in cui non contengono alcuna osservazione clinica (di esame diretto), si differenziano da un perizia medica (art. 44 LPGa) o da un esame medico da parte del SMR (art. 49 cpv. 2 OAI; sul valore probatorio di un esame medico del SMR, v. in particolare la sentenza del Tribunale federale 9C_28/2011 del 6 ottobre 2001 consid. 2.2 e relativi riferimenti). In ragione delle loro differenti funzioni, questi differenti documenti non sono sottoposti alle medesime esigenze formali. Non è tuttavia consentito negare ogni valore probatorio ai rapporti di sintesi del SMR (giusta l'art. 59 cpv. 2bis LAI in correlazione con l'art. 49 cpv. 1 OAI), naturalmente nella misura in cui contengano delle informazioni utili alla risoluzione del caso per l'amministrazione o per i tribunali, e ciò nella forma di un riassunto della situazione medica e di un apprezzamento della medesima. Secondo il principio del libero apprezzamento delle prove, le autorità giudicanti hanno in effetti il dovere di esaminare obiettivamente tutti i documenti a disposizione, quale che sia la loro origine, poi di decidere se permettano di portare un giudizio valido sui diritti litigiosi (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1 e relativi riferimenti).

E. 10

Dalla documentazione medica agli atti appare che il ricorrente soffre segnatamente di problemi oncologico-urologici (esiti non stabilizzati di recente cistectomia radicale per carcinoma uroteliale papillare a basso grado con neovescica con incontinenza urinaria [cfr. perizia E 213 del 1° dicembre 2009 {doc. 15} e certificato medico del 6 luglio 2010 {doc. TAF 1}]) nonché ortopedico-neurologici (lordosi cervicale con diffusi gravi fenomeni di spondiloartrosi osteofitosa, artrosi interapofisaria ipertrofica e discoartrosi di tipo disidratativo con reperti particolarmente gravi in C3 e C5 rendendosi responsabili di locale, grave condizione di stenosi spinale, il midollo cervicale apparendo gravemente compresso ed esibendo estesa area di alterato segnale nel suo contesto, da sofferenza mielomalacica [cfr. in particolare il rapporto di risonanza magnetica del 26/30 giugno 2010 {doc. TAF

11}}).

E. 11.1

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. Per quanto emerge dalle carte processuali al loro stato attuale, l'anno d'attesa di cui alla menzionata disposizione avrebbe iniziato a decorrere il 30 aprile 2009 (data di entrata all'azienda ospedaliera E. _____; doc. 41; cfr. pure le indicazioni di cui ai rapporti del medico SMR del 10 marzo e 12 novembre 2010 [doc. 17 e 24]), non avrebbe subito alcuna interruzione notevole ai sensi dell'art. 29ter OAI (cosa che sarebbe potuta accadere solo qualora l'assicurato, ciò che non appare avere fatto, avesse ripreso al 100% la sua precedente attività lucrativa; cfr. DTF 130 V 97 consid. 3.2) e sarebbe potuto scadere al più presto nel mese di aprile del 2010.

E. 11.2.1

Il dott. B. _____, medico del SMR, nel succinto rapporto del 10 marzo 2010 (doc. 17), su cui si fonda la decisione impugnata, ha rilevato che il ricorrente è stato sottoposto ad un intervento di cistectomia radicale per un carcinoma uroteliale della vescica con ricostruzione di una neovescica nel maggio del 2009. Ha segnalato che dall'esame istologico del 25 giugno 2009 risulta che il carcinoma uroteliale papillare multifocale della vescica è favorevole (leggi di basso grado) e che non vi è presenza di metastasi. In sostanza, le diagnosi aventi una ripercussione sulla capacità lavorativa sarebbero esclusivamente "quelle di carcinoma uroteliale papillare a basso grado e di stato dopo cistectomia radicale con neovescica ortotopica". Ha poi rilevato che l'attività di operaio agricolo (raccoltitore d'olive) non è più interamente esigibile e in assenza di una descrizione del posto di lavoro è difficile valutare la capacità lavorativa residua. Comunque lavori pesanti che non consentono una posizione alternata e che richiedono sollevamento di pesi superiori ai 10 kg non sono più esigibili. Detto medico ha altresì constatato che dalla perizia medica E 213 del dicembre 2009 (doc. 15) emerge che l'insorgente può svolgere un'attività sedentaria leggera. Ha osservato altresì che dalla documentazione economica risulta che il ricorrente ha ripreso a lavorare nell'ottobre del 2009 (per la stagione delle olive da ottobre 2009 a marzo 2010), ma che da tale momento svolge un'attività più leggera con una diminuzione del salario del 20%. Il dott. B. _____ ha quindi reputato che il ricorrente presenta un'incapacità lavorativa del 60% dal 30 aprile 2009 nella precedente attività di bracciante agricolo, ma da settembre del 2009 una capacità al lavoro del 100% in un'attività leggera confacente allo stato di salute.

E. 11.2.2

Nel succinto rapporto del 12 novembre 2010 (doc. 24), il dott. B. _____ ha sottolineato che il certificato medico del 6 luglio 2010 del dott. C. _____, chirurgo e specialista in malattie dell'apparato respiratorio (doc. TAF 1), semplicemente enumera delle affezioni che però non sono corroborate. Esse non sarebbero invalidanti perché non è stato previsto alcun trattamento e alcuna presa a carico specialistica. Ha quindi concluso che in siffatte circostanze detto certificato non influenza il suo apprezzamento anteriore (del 10 marzo 2010). Tuttavia, il medico del SMR ha non di meno modificato la sua precedente valutazione nel senso che ha indicato un'incapacità lavorativa dell'insorgente nella precedente attività lavorativa del 100% a decorrere dal 30 aprile 2010 e del 60% da settembre del 2009, sempre ritenendo, da settembre 2009, una capacità lavorativa del 100%

in un'attività sostitutiva adeguata.

E. 11.2.3

Nel brevissimo rapporto del 2 marzo 2011 (doc. 26), il dott. B. _____ ha poi indicato che dal referto di risonanza magnetica del giugno del 2010 (doc. TAF 11) emerge invero che il rachide cervicale del ricorrente mostra delle modificazioni degenerative. Siccome le immagini radiologiche non sono però accompagnate da osservazioni di una visita clinica di confronto, esse non avrebbero di per sé alcun valore probatorio.

E. 11.3

In merito a tali valutazioni, occorre precisare che i rapporti del medico SMR oggetto del presente esame sono da qualificare quali rapporti di sintesi ai sensi dell'art. 59 cpv. 2bis LAI in correlazione con l'art. 49 cpv. 1 OAI, basati unicamente su un esame dei referti medici agli atti (cfr. sul valore probatorio di tali rapporti di sintesi del SMR, il considerando 9.4 del presente giudizio). Nel caso concreto, tali rapporti di sintesi sono succinti e generici, non permettono di comprendere fino in fondo i motivi delle valutazioni effettuate - basti pensare al cambiamento di valutazione sull'incapacità lavorativa dell'insorgente nella sua precedente attività effettuata dal medico SMR nel rapporto del 12 novembre 2010 benché egli stesso abbia indicato che l'unico documento nuovo da lui esaminato in tale rapporto, quello del 6 luglio 2010, non era a suo giudizio idoneo ad influenzare la sua precedente valutazione (doc. 24) - e si fondano in sostanza su tre 3 documenti di data posteriore al 25 giugno 2009 (dunque di data posteriore alla stesura del rapporto medico [doc. 14.61] redatto circa un mese dopo la dimissione ospedaliera del 29 maggio 2009 a seguito dell'intervento di cistectomia radicale subito dal ricorrente). Due di questi tre documenti medici, ossia il referto di risonanza magnetica del 26/30 giugno 2010 e il certificato medico del 6 luglio 2010, sono stati prodotti dall'insorgente solo in sede ricorsuale. Gli stessi, benché redatti dopo che è stata resa la decisione impugnata, possono essere presi in considerazione nell'ambito della presente vertenza (v. sulla questione il considerando 3.3. del presente giudizio), essendo strettamente connessi con l'oggetto litigioso e suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata presa. Essi forniscono infatti, con probabilità preponderante, perlomeno degli indizi concludenti dal profilo oncologico-urologico e soprattutto ortopedico-neurologico (cfr. considerando 10 del presente giudizio), su una situazione medica esistente già al momento dell'emanazione della decisione litigiosa (le gravi affezioni ortopedico-neurologiche appaiono la risultanza di un'evoluzione cronica). Facendo astrazione dai due menzionati documenti esibiti dall'insorgente in sede ricorsuale, in pratica da fine giugno 2009 fino alla data della decisione impugnata, il 1° giugno 2010, è reperibile agli atti di causa un unico rapporto di visita medica, ossia la perizia particolareggiata su formulario E 213, del 1° dicembre 2009. Tuttavia, e benché pure detto rapporto del dicembre 2009 appaia succinto e generico (senza che vi siano parimenti certezze sulla specializzazione del medico che ha effettuato la visita), esso conclude ad una incapacità lavorativa del ricorrente anche in attività sostitutive leggere e adeguate, la residua capacità al lavoro essendo fissata in 3-4 ore al giorno (cfr. rapporto in questione pag. 9 n. 11.6), senza che il medico SMR abbia spiegato in modo chiaro e plausibile il motivo per cui, nonostante l'assenza di ulteriore idonea documentazione, si giustificasse scostarsi, per quanto attiene alla capacità lavorativa residua e fino al momento dell'emanazione della decisione impugnata, dal giudizio del medico che ha redatto la perizia E 213 e che ha visitato personalmente il ricorrente. Il medico SMR non ha altresì ritenuto necessario, nonostante la pochezza della documentazione agli atti, di perlomeno chiedere

conto al medico che ha redatto la perizia E 213 del motivo della sua valutazione diversa della residua capacità lavorativa del ricorrente. Peraltro, secondo giurisprudenza, allorché una decisione si fonda unicamente sull'apprezzamento di un medico interno all'assicuratore e l'opinione di un medico curante o di un esperto privato, a cui può essere attribuito valore probatorio, lascia sussistere dei dubbi anche minimi sull'attendibilità e la concludenza di detto apprezzamento, la fattispecie non può essere decisa basandosi su un parere piuttosto che un altro ed occorre effettuare una perizia medica (cfr. la sentenza del Tribunale federale 8C_306/2010 del 25 febbraio 2011 consid. 6 e DTF 135 V 465 consid. 4.6). Ciò premesso, al momento della pronuncia della decisione impugnata non vi erano agli atti di causa sufficienti elementi di giudizio dal profilo medico per potersi pronunciare con cognizione di causa sull'incapacità lavorativa del ricorrente a decorrere dal 30 aprile 2009, e segnatamente sul momento a partire dal quale sarebbe scaduto l'anno d'attesa di cui all'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI rispettivamente sulla sua capacità al guadagno (nozioni quelle di incapacità al lavoro e di capacità al guadagno che sono distinte e non sono da confondere) nel periodo determinante. Allo stato attuale degli atti di causa, non si può infatti escludere che a seguito del necessario, più approfondito ed adeguato accertamento dei fatti, rispettoso del principio inquisitorio sancito dalla legge (art. 43 cpv. 1 LPG), possa risultare a favore del ricorrente un'invalidità a decorre dal 1° aprile 2010, ma al più tardi dal 1° giugno 2010 (data dell'emanazione della decisione impugnata) suscettibile di legittimare l'erogazione di una rendita AI svizzera.

E. 12

Visto quanto precede, l'autorità inferiore non poteva sulla base di insufficiente documentazione medica oggettiva e di generiche ed imprecise valutazioni del dott. B._____, specialista in medicina generale (medico che peraltro non ha visitato personalmente il ricorrente), negare ogni effetto invalidante anche in attività sostitutive adeguate alle affezioni oncologico-urologiche ed ortopedico-reumatologiche attestate da altri medici, senza prima raccogliere il giudizio di uno specialista in urologia-oncologia e di uno specialista in ortopedia-neurologia. Infatti, solo una valutazione specialistica avrebbe potuto stabilire con il necessario grado della verosimiglianza se i descritti disturbi in tali ambiti 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. 13

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. 14

Per sovrabbondanza, giova ancora rilevare - quanto al confronto dei redditi, e contrariamente all'assunto ricorsuale - che una volta esperiti gli ancora necessari accertamenti, l'UAIE potrà se del caso dedurre dalle statistiche edite dall'Ufficio internazionale del lavoro a Ginevra, come ha fatto nel doc. 18, i dati per determinare il reddito da invalido dell'insorgente, tali dati apparendo chiaramente preferibili a quelli proposti dal ricorrente in questa sede. Sempre a titolo del tutto abbondanziale, questo Tribunale rileva altresì che a giusta ragione l'autorità inferiore ha indicato nella duplica che il fatto che in Italia, nella regione in cui è domiciliato il ricorrente, non siano reperibili

lavori sostitutivi al di fuori del settore agricolo non giustifica di per sé la concessione di una rendita AI svizzera. Anche l'età di un assicurato non può giustificare di per sé la concessione di una rendita AI, se non in particolari situazioni, ma comunque mai prima dei 60 anni (cfr., sulla questione, le sentenze del Tribunale federale 8C_880/2011 del 21 marzo 2012 consid. 5 e relativi riferimenti nonché 9C_689/2012 del 21 febbraio 2012 consid. 4.3 e 9C_695/2010 del 15 marzo 2011 consid. 6.2).

E. 15.1

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 urologico-oncologico e con un complemento sullo stato di salute ortopedico-neurologico (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. 15.2

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 1° giugno 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. 16.1

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 7 agosto 2010, è restituito al ricorrente.

E. 16.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede, a partire dall'atto di replica da un avvocato, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 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 137 V 57 consid. 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). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14

cpv. 2 TS-TAF) in fr. 2'000.--, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dalla 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.