

BVGer C-5407/2010 vom 17. September 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-09-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5407_2010

FR: TAF C-5407/2010 du 17 septembre 2012

IT: TAF C-5407/2010 del 17 settembre 2012

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

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. 2.2

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 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129

V 1 consid. 1.2; per quanto concerne le disposizioni formali della LPGGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore, v. DTF 130 V 1 consid. 3.2). Occorre rilevare che se l'evento assicurato è insorto prima del 1° gennaio 2008 rispettivamente se il termine di attesa legale di un anno ha iniziato a decorrere prima di tale data ed è scaduto nel 2008, e a condizione che la domanda di rendita sia stata presentata entro il 31 dicembre 2008, sono applicabili, per l'esame del diritto eventuale a una rendita, le norme in vigore fino al 31 dicembre 2007 (cfr., sulla questione, la lettera-circolare n. 253 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali [UFAS] del 12 dicembre 2007; cfr. pure sentenza del Tribunale amministrativo federale C-3445/2010 del 24 maggio 2012 consid. 3.2).

E. 3

Alfine di accertare se il grado d'invalidità del ricorrente si è modificato in maniera da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 133 V 108). Il periodo di riferimento nella presente vertenza è pertanto quello intercorrente tra l'8 ottobre 2007, data della decisione dell'UAIE mediante la quale è stata erogata una rendita intera d'invalidità dal 1° novembre 2005 al 31 gennaio 2007, e il 18 giugno 2010, data della decisione impugnata.

E. 4

Giova peraltro rilevare che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 7 anni (cfr. doc. A 44-2) e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione sia essa riferita alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2007 o a quelle entrate in vigore il 1° gennaio 2008.

E. 5

In virtù dell'art. 43 LPGGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in combinazione 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. 6

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. 7

Dalla documentazione medica agli atti emerge che il ricorrente soffre segnatamente di malattia da HIV stadio CDC B3 in costante terapia antiretrovirale - con documentata neuropatia verosimilmente iatrogena - epatopatia cronica con importante piastrinopenia, cardiopatia ischemica ad evoluzione ipocinetica in trattamento farmacologico, depressione subcronica (F 34.1 secondo l'ICD 10), allergia agli acari della polvere, diabete mellito insulino richiedente, esofago di Barrett, ernia iatale, stato dopo epatite virale e disuria (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 1° agosto 2008 [doc. A 51-1] e rapporto del medico SMR del 22 marzo 2010 [doc. A 81-1]).

E. 8.1

Nei rapporti del 22 ottobre 2009 e del 21 gennaio 2010 (doc. A 71-1 e 74-1), il dott. C._____, medico SMR, ha ritenuto che in virtù della documentazione medica agli atti non è ravvisabile un peggioramento dello stato di salute del ricorrente. Ha poi precisato nel rapporto del 22 marzo 2010 (doc. A 81-1) che, a prescindere dalla patologia cardiaca (che però ha inciso solo nel senso di un'incapacità lavorativa totale nei mesi di settembre ed ottobre del 2009), lo stato di salute dell'assicurato è rimasto invariato. Ha quindi confermato per il ricorrente un'incapacità lavorativa del 100% da novembre del 2004 nella precedente attività di piazzaiolo e, fermo restando un'inabilità al lavoro del 100% in settembre e ottobre del 2009, un'incapacità lavorativa del 30% da ottobre del 2006 in un'attività confacente allo stato di salute.

E. 8.2

In merito a tale valutazione, e per quanto emerge dalla documentazione medica agli atti, occorre rilevare che se nel 2007 nella perizia pluridisciplinare del SAM è indicato che il ricorrente soffriva di dolori agli arti inferiori, ma che non erano presenti segni clinici di polineuropatia né d'insufficienza arteriosa (v. doc. A 37-15), la situazione appare avere subito, dal profilo neurologico, un cambiamento significativo a partire al più tardi dal 1° agosto 2008. In tale data è stata redatta la perizia medica E 213 (doc. A 51-1), nella quale è stata diagnosticata una neuropatia (doc. A 51-1 pag. 7 n. 7). Detta diagnosi è poi stata confermata nel certificato medico del 5 novembre 2009 del dott. G._____, specialista in neurologia (doc. A 79-7), in cui è riferito che il paziente è affetto da neuropatia diabetica e vasculopatia polidistrettuale che condizionano disturbi della deambulazione e che lo stesso "necessita pertanto di un alloggio a piano terreno per le gravi difficoltà motorie". Nel referto della prova da sforzo del 26 gennaio 2010 (doc. A 79-5) è altresì precisato che "per difficoltà alla deambulazione, il test è stato eseguito a carico adattato". Infine, dal certificato medico del 22 settembre 2010 della dott.ssa E._____ (doc. TAF 7) - certo redatto dopo la data della decisione impugnata, ma che si riferisce manifestamente ad una situazione esistente anche anteriormente alla data di detta decisione (vista la compatibilità con il certificato medico del novembre 2009) - risulta, fra l'altro, che il paziente soffre di una neuropatia diabetica con conseguenti difficoltà motorie. Non appare quindi possibile oggettivare, in assenza di un rapporto neurologico dettagliato che si esprima sull'evoluzione

nel tempo dello stato di salute del ricorrente, una capacità al lavoro del 70% sia nella precedente attività di piazzaiolo sia in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute fino al 18 giugno 2010 (data della decisione impugnata), come proposto dal dott.

C._____, nel rapporto del 22 ottobre 2009 (doc. A 71-1), e neppure concludere che la neuropatia diabetica con difficoltà motorie si è manifestata in epoca successiva rispetto alla data della decisione impugnata, come indicato dal dott. F._____ nel rapporto del 19 ottobre 2010 (doc. TAF 9).

E. 9

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. 10.1

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 rapporto neurologico dettagliato (che si esprima sulle affezioni neurologiche esistenti a decorrere dalla crescita in giudicato della decisione dell'UAIE sulla seconda domanda di prestazioni AI presentata dall'assicurato) e con un complemento degli esami concernenti le altre affezioni in causa che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4), nonché a pronunciare una nuova decisione.

E. 10.2

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 18 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. 11.1

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 31 agosto 2010, è restituito al ricorrente.

E. 11.2

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 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.