

BVGer C-5713/2011 vom 5. November 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-11-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5713_2011

FR: TAF C-5713/2011 du 5 novembre 2012

IT: TAF C-5713/2011 del 5 novembre 2012

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

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

E. 1.4

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

E. 2.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea. È applicabile quindi, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra parte, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681).

E. 2.2

L'Allegato II, che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'Allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base alla quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente, e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento), ed il Regolamento (CEE) n° 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del Regolamento (CEE) n° 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

E. 2.3

Secondo l'art. 3 del Regolamento (CEE) n° 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'Allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore 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 i 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 d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 2.4

Il ricorrente essendo tuttavia domiciliato in Brasile, resta applicabile in concreto la Convenzione del 14 dicembre 1962 tra la Confederazione svizzera e la Repubblica italiana relativa alla sicurezza sociale (RS 0.831.109.454.2), la quale prevede il pagamento delle prestazioni ai cittadini dell'altra parte residenti in un terzo paese alle stesse condizioni e nella stessa misura come ai propri cittadini residenti in questo paese (art. 3 2a frase).

E. 3

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5a revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire dal 1° gennaio 2008, in conformità con le nuove disposizioni. Non sono invece applicabili le norme della 6a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011

5659; FF 2010 1603).

E. 4

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità anche durante il periodo dal 1° aprile 2004 al 31 marzo 2007, e non limitata nel tempo.

E. 5

In deroga all'art. 24 cpv. 1 LPGA, il quale prevede che il diritto a prestazioni arretrate si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione, l'art. 48 cpv. 2 LAI, nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007, precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta. In concreto, il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 6 giugno 2003. Questo Tribunale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 6 giugno 2002 oppure se un diritto alla rendita fosse sorto tra tale data e il 12 settembre 2011, data delle decisioni avversate. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

E. 6

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere, cumulativamente, le seguenti condizioni: - essere invalido ai sensi della legge svizzera; - avere versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del Regolamento CEE n° 1408/71). In concreto, è pacifico che il ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

E. 7.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 7.2

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito

all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

E. 7.3

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

E. 7.4

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 7.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI, dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

E. 7.6

Una rendita limitata e/o crescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA e se ne deve pertanto seguire i principi. In base a tale norma, se il

grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modificazione che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o diminuita in misura corrispondente, oppure soppressa. Per l'art. 88a cpv. 1 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201), se la capacità di guadagno migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il cambiamento constatato perduri; lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Il cpv. 2 di tale norma stabilisce che se la capacità di guadagno peggiora, occorre tener conto del cambiamento determinate il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere, in caso di contestazione, oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione venga accordata con effetto retroattivo ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta, esiste un'unica relazione giuridica; ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni recanti la stessa data (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

E. 8.2

A proposito della valutazione delle prove va in particolare rilevato che una perizia richiesta da un ufficio AI non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte (DTF 136 V 376 consid. 4, vedi anche sentenza del Tribunale federale 9C_189/2011 dell'8 luglio 2011 consid. 3.2). Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e

consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). Determinante è la circostanza che la perizia del servizio di accertamento medico rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c). In una recente giurisprudenza il Tribunale federale ha tra l'altro precisato che quando, in opposizione ad un accertamento di un servizio medico specifico dell'AI, viene presentata una perizia che contraddice in modo scientifico ed esauriente quanto espresso dalla precedente indagine sia in ambito diagnostico che nelle conclusioni, ed il giudice non è in grado di decidere quali fra le due può essere condivisa, è lecito far allestire una perizia giudiziaria indipendente e conclusiva (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 9.1

In concreto, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dall'incarto medico della Suva, dalla perizia pluridisciplinare del SAM, stilata dalla dott.ssa I. _____ e dal dott. L. _____, il 28 ottobre 2010 (incarto AI, doc. 69/1 a 44), sulla base dei rispettivi rapporti dei dottori M. _____, neurologo, dell'11 agosto 2010, N. _____, reumatologo, del 23 agosto 2010, O. _____, pneumologo, del 23 settembre 2010, e P. _____, psichiatra, del 7 ottobre 2010, nonché dai rapporti del dott. G. _____, da un lato, e della dott.ssa Q. _____ e del dott. R. _____, dall'altro lato, tutti e tre medici dell'UAI-TI, del 4 novembre 2010 e 8 novembre 2011 (incarto AI, doc. 71 e incarto TAF, doc. 3), risulta la diagnosi, influente sulla capacità lavorativa, di lesione traumatica completa del plesso brachiale destro con esiti da interventi chirurgici con parziale e discreta reinnervazione della muscolatura prossimale, e d'asma bronchiale con importante componente poliallergica, come pure la diagnosi, ininfluente sulla capacità lavorativa, di cervicalgie nell'ambito della patologia neurologica e dei vari interventi chirurgici con importante ematoma nella zona del collo, di lombalgia anamnestica su leggere alterazioni statiche, di cefalea tensiva, di nota osteopenia a livello femorale ed osteoporosi a livello lombare in trattamento, di nota ipertensione arteriosa in trattamento e di sovrappeso con un indice di massa corporea pari a 32 kg/m². Visto il carattere univoco di questa diagnosi, del resto non contestata dal ricorrente, il collegio giudicante non ha motivo di scostarsene

E. 9.2

Per costante giurisprudenza, le affezioni appena menzionate sono di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Così, nell'assenza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile l'art. 29 cpv. 1 let. a LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007), per cui può entrare in considerazione solo la lettera b della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui abbia subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante almeno un anno.

E. 10.1

Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate, nella perizia del SAM è constatato che la capacità lavorativa del ricorrente, dai punti di vista neurologico e pneumologico, è pari allo 0%, a contare dal 28 giugno 2002, per l'attività d'installatore di impianti sanitari e montatore di riscaldamenti, e pari al 100%, a partire da luglio 2009, per qualsiasi attività, senza restrizioni funzionali, dai punti di vista reumatologico e psichiatrico, e per occupazioni confacenti, senza utilizzo del braccio destro ed esposizione al freddo, dal punto di vista neurologico. I periti del SAM hanno quindi considerato una capacità lavorativa teorica globale del 100% in attività confacenti, precisando che "dopo avere ridiscusso con il consulente neurologo postuliamo un'incapacità lavorativa totale per qualunque attività sino alla fine del 2003, dopo di che un'attività adatta è ritenuta esigibile come descritto sopra. Nuova incapacità lavorativa totale per qualunque attività da aprile 2007 a gennaio 2008 per la patologia pneumologica che ha comportato pure delle degenze. Nuova incapacità lavorativa totale per qualunque attività da dicembre 2008 a giugno 2009 (per l'intervento chirurgico del 18 dicembre 2008 con rimozione del materiale di osteosintesi in maggio 2009 e per la patologia psichiatrica). Pertanto la percentuale descritta sopra vale nuovamente da luglio 2009 ad oggi e continua" (pag. 21). Altrimenti detto, secondo gli esperti del SAM, la capacità lavorativa è dello 0% per l'ultimo mestiere svolto e per qualsiasi altra attività dal 28 giugno 2002, giorno dell'infortunio, fino alla fine del 2003, del 100% per attività confacenti, senza l'utilizzo del braccio destro, essendo notato che l'assicurato è destrimane, e senza esposizione al freddo, dall'inizio del 2004 fino a marzo 2007, dello 0% da aprile 2007 a gennaio 2008 e da dicembre 2008 a fine giugno 2009, e nuovamente del 100% per attività confacenti da luglio 2009 in poi. Questo apprezzamento della situazione rispetto alla capacità lavorativa è stato ripreso espressamente dai medici dell'UAI-TI pronunciatisi sul caso, ossia i dottori G. _____ ed R. _____ e la dott.ssa Q. _____, i quali hanno però fissato un'incapacità lavorativa totale da giugno 2002 a dicembre 2003 e da aprile 2007 a giugno 2009 (incarto AI, doc. 71 e incarto TAF, doc. 3).

E. 10.2

Occorre a questo punto ricordare che, in concreto, non è contestato il diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° giugno 2003 al 31 marzo 2004, la cui fondatezza, visti gli atti all'incarto, può essere senz'altro riconosciuta dal collegio giudicante. L'oggetto dei considerandi seguenti sarà così limitato all'esame della soppressione della rendita dal 1° aprile 2004, e ciò alla luce delle disposizioni sulla revisione, applicabili per analogia (cfr. consid. 7.6).

E. 10.3

Ora, la fissazione di una capacità lavorativa del 100% in occupazioni adeguate, dall'inizio 2004 fino a fine novembre 2008, non appare convincente. Non si capiscono infatti le ragioni che giustifichino una tale valutazione, soprattutto se si tiene conto dei rapporti medici all'incarto Suva, come peraltro sottolineato dal ricorrente nella sua impugnativa. A questo proposito, nel suo rapporto del 19 aprile 2004 (incarto Suva, doc. 10), il dott. B. _____, chirurgo ortopedico, ha certo descritto un decorso molto favorevole del processo di guarigione, ma ha pure affermato la necessità di attendere un anno e mezzo prima di potere valutare l'esito dell'intervento di reinnervazione della muscolatura prossimale sulla capacità lavorativa. Dal canto loro, il dott. C. _____, neurologo, ha rilevato, nel suo rapporto del 27 settembre 2006 (incarto Suva, doc. 14), un'evoluzione lentamente favorevole, mentre il dott. D. _____, reumatologo, ha precisato, nei suoi rapporti del 26 ottobre 2006 e 16 febbraio 2009 (incarto Suva, doc. 16 e 28), che la situazione era ancora in evoluzione e che

continuava a sussistere un'incapacità lavorativa totale. Per finire, il dott. E._____, chirurgo ortopedico, ha esposto, nel suo rapporto relativo alla visita medica di chiusura, del 18 giugno 2009 (incarto Suva, doc. 28 e 37), che non ci si poteva più attendere un sostanziale miglioramento dell'attuale situazione da ulteriori provvedimenti medici, concludendo ad una capacità lavorativa nella misura massima possibile, non implicante l'utilizzo del braccio destro, a decorrere dal 1° agosto 2009.

E. 10.4

Dal tenore generale dei rapporti specialistici dei medici della Suva e del dott. C._____ non appare credibile che lo stato di salute del ricorrente sia migliorato in modo tale da disporre di una piena capacità lavorativa in attività confacenti nel periodo da inizio 2004 ad aprile 2007. Occorre anche sottolineare che il neurologo dott. M._____, nel suo rapporto dell'agosto 2010 (doc. 69 pag. 30 a 33), poi integrato nella perizia SAM, non si è espresso in merito all'evoluzione dell'incapacità di lavoro del ricorrente né, in particolare, sulla questione a sapere da quando egli sarebbe stato in grado di svolgere attività confacenti.

E. 11.1

Visto quanto precede, il collegio giudicante deve dapprima confermare il diritto alla rendita intera dal 1° giugno 2003 al 31 marzo 2004 (DTF 137 V 314 consid. 3.2.4). Invece, per i motivi sopraesposti, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità lavorativa e di guadagno subita dal ricorrente dopo il 31 marzo 2004.

E. 11.2

Date queste circostanze, il ricorso deve essere parzialmente accolto e le decisioni avversate annullate, con il rinvio della causa all'UAIE in virtù dell'art. 61 cpv. 1 PA . In base a questa disposizione, l'autorità di ricorso decide la causa o eccezionalmente la rinvia, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore. Benché questa norma permetta solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata in concreto, se si considerano le lacune di cui fa stato l'incarto in particolare la necessità di un complemento istruttorio di una perizia già agli atti (DTF 137 V 210, consid. 4.4.1.4).

E. 11.3

In concreto, l'UAIE dovrà innanzitutto risottoporre l'incarto al proprio servizio medico affinché questo si pronunci nuovamente sulla questione della capacità lavorativa, quantificandola e giustificando dettagliatamente le proprie conclusioni, in modo particolare durante il periodo dall'inizio del 2004 alla fine di novembre 2008, soprattutto alla luce dei rapporti dei dottori B._____, C._____, D._____ e E._____, tutti all'incarto Suva, che hanno riconosciuto un'incapacità lavorativa completa dal 28 giugno 2002 al 31 luglio 2009. A tal fine, se necessario, si rivolgerà al SAM, in particolare al neurologo dott. M._____, per ottenere nell'ambito di un complemento alla perizia del 28 ottobre 2010, delucidazioni in merito alla valutazione espressa riguardo al periodo precitato. Dovrà poi ancora esaminare in che misura il ricorrente è eventualmente atto a trarre profitto (capacità di guadagno) dalla capacità lavorativa residua in attività adeguate. L'UAIE effettuerà quindi, se del caso, un adeguato e circostanziato raffronto dei redditi, tenendo conto, per quanto concerne la riduzione per circostanze personali, della giurisprudenza federale in materia (in particolare, DTF 126 V 75), ed emanerà una nuova decisione impugnabile.

E. 12

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, non sono prelevate spese processuali e l'anticipo di Fr. 800.-, versato il 2 febbraio 2012, è restituito al ricorrente. Conformemente all'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). In concreto, considerato che il ricorrente ha agito per il tramite di un rappresentante professionale, per cui ha dovuto sostenere spese indispensabili e relativamente elevate, è giustificato assegnarli un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.- a carico dell'UAIE (art. 7 e segg. del Regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale, del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]).

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