

BVGer C-6621/2007 vom 25. November 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-11-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6621_2007

FR: TAF C-6621/2007 du 25 novembre 2009

IT: TAF C-6621/2007 del 25 novembre 2009

Regeste

Valutazione dell'invalidità

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 gli assicurati residenti all'estero (UAIE).

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

Il ricorso - presentato tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il

Regolamento (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

E. 2.2

Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

E. 2.3

L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

E. 2.4

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

E. 3.1

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

E. 3.2

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

E. 3.3

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 28 settembre 2005. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. Nel caso di specie, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 28 settembre 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione

della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 15 agosto 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene 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).

E. 4

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI); aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI). Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

E. 5.1

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

E. 5.2

Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, 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. 28 cpv. 1ter LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

E. 5.3

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla

salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

E. 5.4

Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c*).

E. 6.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 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). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135). Peraltro, l'invalidità degli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa e per il resto sono dediti allo svolgimento delle proprie mansioni va computata secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi (art. 16 LPGA) per la parte di attività lucrativa, mentre in merito all'impedimento a svolgere le mansioni consuete l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività - da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97) - conformemente all'art. 27 OAI. In tal caso occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa e quella del compimento degli altri lavori abituali e calcolare il grado d'invalidità globale in funzione dell'impedimento nei due ambiti in questione (metodo misto; cfr. DTF 125 V 148 consid. 2; sentenze del Tribunale federale 9C_35/2007 del 4 aprile 2008 consid. 2, I 503/04 del 13 settembre 2006 consid. 2, nonché in particolare I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 2 e I 540/02 del 12 maggio 2004 consid. 2).

E. 6.2

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa. L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2bis LAI; metodo specifico). L'art. 27 OAI precisa che per mansioni consuete di una

persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

E. 6.3

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

E. 7.1

Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a). Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

E. 7.2

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, di principio, sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione che 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 (sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

E. 8.1

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

rapporto - ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3a).

E. 8.2

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. 8.3

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. 8.4

Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare una diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, fondata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396). Tenendo conto di diversi criteri, il perito deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Un'eventuale inesigibilità presuppone la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa d'altri criteri qualificati quali l'esistenza di concomitanti affezioni organiche accompagnate da un decorso patologico plurien-nale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, uno stato psichico consolidato, senza possibilità d'evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico oppure l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 5).

E. 8.5

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. 9.1

Dalla documentazione medica agli atti emerge che il ricorrente soffre segnatamente di leucemia acuta linfoblastica in terapia di mantenimento, depressione e diabete mellito insulinoindipendente complicato da neuropatia nonché retinopatia (cfr. perizia particolareggiata E 213 del 18 aprile 2007 pag. 2, 3, 5 e 8).

E. 9.2

Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera 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 ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante un anno.

E. 10.1

Dalle carte processuali emerge che, dopo il rimpatrio, il ricorrente ha ancora esercitato un'attività lavorativa. In particolare, da gennaio del 1985 ha lavorato quale titolare di un'impresa edile, in ragione di 40 ore settimanali. Ha interrotto definitivamente il lavoro il 6 settembre 2005 (doc. 9 e 10).

E. 10.2.1

Secondo il medico del SMR Rhône, dott. D. _____, da quando è iniziata, nel settembre del 2004, la leucemia linfoblastica di cui soffre l'insorgente, quest'ultimo ha continuato a lavorare fino al 6 settembre 2005, nonostante degli episodi di pancitopenia e uno d'intossicazione acuta dovuto alla chemioterapia. Alcun documento dimostrerebbe che lo stato di salute del ricorrente avrebbe impedito - esclusi i periodi d'ospedalizzazione - l'esercizio di un'attività lavorativa. Il suo stato generale, ma anche quello clinico, sarebbe stato definito come senza particolarità e la leucemia in remissione ematologica dal 10 dicembre 2004. Non sussisterebbe pertanto un'incapacità lavorativa di lunga durata né nella sua precedente attività né in un'altra sostitutiva (doc. 43).

E. 10.2.2

Nella perizia medica particolareggiata E 213 dell'aprile 2007 (doc. 41), le condizioni di salute dell'insorgente sono state considerate peggiorate, malgrado la remissione ematologica della leucemia acuta linfoblastica, rispetto a quelle ritenute nella precedente perizia particolareggiata E 213 del marzo 2006 (doc. 28). Il ricorrente è stato ritenuto incapace al 100% di svolgere una qualsiasi attività lavorativa, anche leggera, sia essa nel suo precedente lavoro che in un lavoro sostitutivo adeguato. In particolare, l'esame neurologico evidenzia la comparsa di un quadro di neuropatia sensitivo motoria localizzato agli arti inferiori, con movimenti rigidi ed andatura stentata (pag. 5). Inoltre, alla voce condizioni psichiche e tono dell'umore vi è l'indicazione "depresso" (pag. 3) che sostituisce quella di "normale" contenuta nella precedente perizia. È stata pure diagnosticato un diabete mellito insulinoindipendente con retinopatia (pag. 2 e 8). Infine, è stata indicata un'insufficienza ponderale (pag. 3).

E. 10.3

Nel caso concreto, questo Tribunale è dunque confrontato a pareri medici diametralmente opposti con riferimento all'esistenza di malattie aventi incidenza sulla capacità lavorativa

del ricorrente. Da un lato, l'opinione del giugno 2007 del medico SMR Rhône, incaricato dall'UAIE, secondo il quale la capacità lavorativa del ricorrente è intatta al 100%. Dall'altro lato, quella di cui alla perizia E 213 dell'aprile 2007 secondo cui sussiste un'incapacità lavorativa totale per l'insorgente in qualsivoglia attività. Non fa infine dimenticato che nella perizia E 213 del 20 marzo 2006 era stata ritenuta un'incapacità lavorativa sia nella precedente attività che in un'attività sostitutiva, ma non era stata del tutto esclusa, benché non quantificata, una residua capacità lavorativa del ricorrente. In una simile evenienza, l'intero materiale probatorio deve essere valutato con particolare rigore, fermo restando che un'istruzione complementare sarà richiesta se sussistono dubbi, anche minimi, sulla fondatezza dei rapporti dei medici dell'assicurazione per l'invalidità (in casu di quelli del medico SMR Rhône), sui cui si fonda la decisione impugnata, medico che ha espresso il proprio giudizio sulla base dei soli atti di causa (v. sulla problematica DTF 125 V 351 consid. 3b ee, DTF 122 V 157 consid. 1d nonché sentenze del Tribunale federale 9C_55/2008 del 26 maggio 2008 consid. 4.2 e I 143/07 del 14 settembre 2007 consid. 3.3). Nella fattispecie in esame, occorre pertanto determinare se vi è stato da parte dell'UAIE un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti ai sensi dell'art. 43 cpv. 1 LPGA (cf. sentenza del Tribunale federale 8C_635/2009 del 28 ottobre 2009 consid. 2.1 e 5), e, in caso di risposta affermativa a questo quesito, se il ricorrente ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI, come preteso dall'insorgente.

E. 10.3.1

Questo Tribunale rileva che nel 2004 è stato diagnosticato un diabete mellito tipo 2 in trattamento insulinico (v. doc. 19-33) complicato da agosto del 2006 da neuropatia periferica (doc. 30) e da aprile del 2007 da retinopatia non proliferante (doc. 40). In particolare, il certificato medico del 12 aprile 2007 del Presidio ospedaliero "F. _____" di G. _____ evidenzia segnatamente neuropatia periferica a genesi verosimilmente tossico-dismetabolica in andatura a base allargata e parestesie permanenti agli arti inferiori (doc. 38). La perizia medica particolareggiata E 213 del 18 aprile 2007 fa stato di un quadro di neuropatia periferica sensitivo-motoria localizzato agli arti inferiori nonché di movimenti rigidi e andatura stentata (doc. 41 pag. 5, segnatamente punti 4.10 e 4.12). Invero, il dott. D. _____ nel suo rapporto del 6 giugno 2007 ha ritenuto di includere nella diagnosi diabete mellito insulinodipendente, quale diagnosi secondaria senza incidenza sulla capacità lavorativa. Senonché, egli non ha motivato né per quale ragione non ha reputato di includere la neuropatia, o la polineuropatia secondo la diagnosi di cui al rapporto del 12 aprile 2007 (doc. 40), nelle affezioni con incidenza sulla capacità lavorativa, né perché abbia ritenuto superfluo un complemento d'istruttoria riguardo a tale problematica che pare avere altrimenti orientato entrambi gli specialisti italiani che hanno effettuato le perizie E 213 del 18 aprile 2007 e del 20 marzo 2006, specialisti che hanno potuto esaminare personalmente il ricorrente. Ne discende che questo Tribunale ritiene un insufficiente accertamento dei fatti dal profilo neurologico.

E. 10.3.2

Questo Tribunale osserva altresì che dalla perizia medica particolareggiata E 213 dell'aprile 2007 emerge che l'insorgente è depresso (doc. 41 pag. 2, segnatamente punto 4.1). La problematica psichica legata alla depressione non è però stata neppure menzionata da parte del dott. D. _____, nel suo rapporto del 6 giugno 2007, senza che vi siano indicazioni sul motivo per cui un complemento d'istruttoria al riguardo sarebbe stato inutile, considerato

che non appare potersi senz'altro escludere che tale patologia abbia influenzato il giudizio di cui alla perizia E 213 del 18 aprile 2007 rispettivamente che la stessa possa avere effettivamente un'incidenza sulla capacità lavorativa dell'insorgente. Ne discende che questo Tribunale ritiene un insufficiente accertamento dei fatti anche dal profilo psichiatrico.

E. 10.3.3

Dal profilo oncologico va osservato che il dott. D. _____ nel suo rapporto del 6 marzo 2007 aveva ritenuto necessaria l'effettuazione d'un esame dettagliato (v. doc. 34). Come richiesto all'INPS dall'UAIE il 9 marzo 2007 (doc. 35), tale esame doveva contenere indicazioni relative alle date del trattamento, all'evoluzione clinica ed ematologica dall'inizio della malattia alla stesura del rapporto stesso. Ora, il rapporto del 30 marzo 2007 della Struttura complessa ematologia e trapianto emopoietico dell'Azienda ospedaliera "E. _____" di C. _____ (doc. 39), peraltro dal contenuto estremamente generico (4 righe manoscritte), non risponde manifestamente ai requisiti richiesti. Detto documento contiene delle indicazioni sulla diagnosi (leucemia acuta linfoblastica, malattia generalmente di natura maligna e con carattere progressivo) e sulla terapia in atto (di mantenimento GIMEMA LAL 2000), ma non si pronuncia assolutamente né sull'evoluzione (clinica ed ematologica) della malattia né sui trattamenti (tipo, durata ed effetti) a cui il ricorrente è stato sottoposto nel corso degli anni. Dalla documentazione medica appare certo che l'insorgente, da dicembre del 2004, è in remissione ematologica della sua leucemia acuta linfoblastica (v. doc. 19-32). Agli atti non risulta comunque alcun referto dettagliato recente, ma di data anteriore alla decisione impugnata, di un esame ematico completo. Gli ultimi risultati di esami del sangue con referto dettagliato risalgono al marzo del 2005 (v. doc. 25-6 a 25-12). Certo, la dott.ssa H. _____ nel certificato del 14 settembre 2007, prodotto dall'insorgente in sede di ricorso (doc. TAF 1), ha segnalato che la leucemia acuta linfoblastica è in remissione ematologica (senza che siano però stati acclusi i risultati degli ultimi esami ematici). In quest'ultimo certificato, che nel caso di specie può senz'altro imporsi quale elemento d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione impugnata resa appena un mese prima (DTF 129 V 1 consid. 1.2), è rilevato che il paziente ha praticato protocollo di chemioterapia schema d'induzione e successivamente 2 cicli di consolidamento secondo il protocollo GIMEMA LAL 2000 ottenendo la remissione completa, ma che ha riportato tossicità neurologica con neuropatia sensitivo motoria agli arti inferiori di grado 3 NCI (quindi severa), per cui sono state effettuate diversificazioni terapeutiche dal protocollo. È pure indicato che il ricorrente sta praticando chemioterapia di mantenimento con controlli ematici settimanali per il rischio di recidive ancora elevato. Il certificato del 14 settembre 2007 contiene pertanto qualche elemento supplementare rispetto a quello del 30 marzo 2007, ma non riporta in dettaglio i dati ematici rilevati nell'ultimo controllo effettuato né tanto meno si pronuncia in merito alla capacità lavorativa del ricorrente da settembre del 2004 conto tenuto altresì dei diagnosticati effetti della terapia sul suo stato di salute. Pertanto, questo Tribunale osserva che la documentazione medica non può essere considerata sufficiente neppure per una corretta valutazione oncologica del caso.

E. 10.3.4

Nella decisione impugnata non è stato altresì stato spiegato per quale motivo non sarebbero stati necessari degli ulteriori accertamenti sullo stato di salute dell'insorgente prima dell'emanazione della decisione da parte dell'UAIE stante un'importante divergenza di

opinioni sulla capacità lavorativa del ricorrente tra i medici che hanno redatto i rapporti peritali E 213, ed esaminato personalmente l'insorgente, e quello del SMR Rhône incaricato dall'UAIE, il quale si è pronunciato sulla sola base degli atti di causa, senza mai esaminare il ricorrente.

E. 10.3.5

Infine, va osservato che una seria valutazione della residua capacità lavorativa complessiva del ricorrente nel suo precedente lavoro presuppone di regola una conoscenza delle attività esercitate dall'insorgente. Dal questionario per l'assicurato e dal questionario per indipendenti, compilati dal ricorrente stesso il 6 ottobre 2006 (doc. 9 e 10), non emerge però alcuna indicazione riguardo al tipo di attività svolte da quest'ultimo in qualità di titolare di un'impresa edile. Il medico dell'UAIE non ha comunque indicato per quale ragione le affezioni da lui ritenute (segnatamente di natura oncologica e neurologica) sono state qualificate siccome senza incidenza sulla capacità lavorativa dell'insorgente (sia nella precedente attività che in imprecisate attività sostitutive) né perché - contrariamente a quanto ritenuto segnatamente nella perizia E 213 del 18 aprile 2007 - il ricorrente avrebbe potuto lavorare nella misura del 100%, dunque senza limitazioni, nonostante le indicazioni già contenute al riguardo nella perizia E 213 del 20 marzo 2006 (v. in particolare pag. 9 n. 10 a 10.2), in cui la situazione del ricorrente era stata descritta siccome leggermente migliore di quella della successiva perizia E 213.

E. 11

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata, che si fonda su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti - dei dubbi concreti e seri permangono conto tenuto in particolare della valutazione diametralmente opposta di cui al rapporto del medico SMR Rhône del 6 giugno 2007 e della perizia E 213 del 18 aprile 2007 - e che viola pertanto il diritto federale, incorre nell'annullamento.

E. 12

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 (ULRICH HÄFELIN / GEORG MÜLLER / FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5a ed., Zurigo/Basilea/Ginevra 2006, n. 1977 pag. 418). 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, in tempi ragionevoli, a completare l'accertamento dei fatti determinanti relativamente allo stato di salute - con perizia oncologica, neurologica, psichiatrica ed ogni altra che dovesse rendersi necessaria (per esempio una oculistica dettagliata sulla retinopatia) - nonché a pronunciare una nuova decisione, nella quale dovrà fra l'altro essere spiegato, se del caso, per quale ragione l'UAIE intende discostarsi dall'incapacità lavorativa del 100% postulata nella perizia E 213.

E. 13.1

Visto che il ricorso è parzialmente accolto, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'importo di fr. 295.--, versato il 26 maggio 2008, è restituito al ricorrente.

E. 13.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da un mandatario professionale 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 in fr. 1'000.--, tenuto conto del lavoro effettivo ed utile, relativamente contenuto, svolto dal patrocinatore del ricorrente (art. 14 cpv. 2 TS-TAF). La stessa 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.