

BVGer C-7518/2015 vom 13. Dezember 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-12-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7518_2015

FR: TAF C-7518/2015 du 13 décembre 2017

IT: TAF C-7518/2015 del 13 dicembre 2017

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii).

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 LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone 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 LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalle decisioni e avente un interesse degno di protezione al loro annullamento o alla loro modifica (art. 59 LPGGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile. Inoltre, con versamento del 16 febbraio 2016 (doc. TAF 10), il ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

E. 1.5

Con scritto del 10 dicembre 2015 (cfr. timbro postale, doc. TAF 3), l'insorgente ha fornito al Tribunale amministrativo federale (TAF) l'indirizzo della propria moglie quale recapito in Svizzera presso cui tutti gli atti di questo Tribunale potessero essere validamente notificati (art. 11b cpv. 1 PA; cfr. anche doc. TAF 2 [richiesta di un recapito in Svizzera]). In seguito alla partenza definitiva della di lui coniuge dalla Svizzera (cfr. doc. TAF 13 e allegato), l'insorgente ha chiesto che ogni comunicazione gli fosse inviata al proprio indirizzo in Serbia (cfr. doc. TAF 14, 15 e 16). Per conseguenza - e conto tenuto che la Svizzera non ha stipulato alcuna convenzione di sicurezza sociale con la Serbia, che preveda, fra l'altro, la possibilità di effettuare la notificazione per posta di una sentenza in materia di prestazioni di

vecchiaia, per i superstiti e d'invalidità -, il presente giudizio è notificato all'insorgente per via diplomatica (art. 36 lett. b PA), come d'altra parte richiesto dallo stesso insorgente con scritto del 13 giugno 2017 (cfr. timbro postale, doc. TAF 15).

E. 2

Il ricorrente è cittadino serbo, domiciliato in Serbia, per cui è applicabile, di principio, la Convenzione dell'8 giugno 1962 tra la Confederazione Svizzera e la Repubblica popolare federativa di Jugoslavia concernente le assicurazioni sociali (RS 0.831.109.818.1; v., sulla questione, la sentenza del TF 9C_892/2010 del 17 novembre 2010). Secondo l'art. 1 cpv. 1 lett. a.ii e l'art. 2 della Convenzione, i cittadini svizzeri e jugoslavi godono della parità di trattamento quanto ai diritti e agli obblighi derivanti, fra le altre, dalla legislazione federale svizzera sull'assicurazione contro l'invalidità, salvo eccezioni previste dalla Convenzione o dal suo Protocollo finale. Per quanto attiene alle condizioni per il diritto ad una rendita d'invalidità svizzera ed alle disposizioni procedurali applicabili, non sono previste eccezioni al principio della parità di trattamento nella Convenzione e neppure nel suo Protocollo finale (v., sulla questione, la sentenza del TAF C-6956/2009 del 4 novembre 2010 consid. 3). Peraltro, secondo giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del TF I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). 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

Giusta l'art. 33a cpv. 1 PA, applicabile per rimando dell'art. 37 LTAF, il procedimento si svolge in una delle quattro lingue ufficiali (tedesco, francese, italiano, romancio), di regola nella lingua in cui le parti hanno presentato o presenterebbero le loro conclusioni. Nei procedimenti su ricorso è determinante la lingua della decisione impugnata (art. 33a cpv. 2 prima frase PA). Se le parti utilizzano un'altra lingua ufficiale, il procedimento può svolgersi in tale lingua (art. 33a cpv. 2 seconda frase PA).

E. 3.2

Nell'ambito della presente procedura, la decisione impugnata del 30 settembre 2015 è stata resa in lingua italiana e il ricorrente, seppure abbia inoltrato i suoi scritti in lingua tedesca, ha chiesto di ricevere ogni comunicazione in lingua italiana (cfr. doc. TAF 5). Per conseguenza, la presente sentenza è redatta in lingua italiana, lingua della procedura ricorsuale (cfr. doc. TAF 6).

E. 4.1

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; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445). Nella presente fattispecie, la domanda di rendita è stata presentata il 1° agosto 2014 (cfr. consid. B.a del presente giudizio). Ne discende che in concreto si applicano di principio le nuove norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA,

immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

E. 4.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 30 settembre 2015. 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 possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 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. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 5

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI); aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) 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). È incontestato che il ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per 21 anni e 10 mesi (cfr. decisione della CSC del 2 agosto 2017 allegata al doc. TAF 16).

E. 6

Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di una nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI [RS 831.201]). Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione al momento della nuova decisione con quella esistente al momento 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 determinazione del grado d'invalidità (cfr. sentenza del TF 9C_418/2015 del 29 agosto 2011 consid. 4.2 con rinvii e 4.3; DTF 130 V 108 e 130 V 71 consid. 3.2.3). La verosimiglianza richiesta dall'art. 87 cpv. 2 OAI non è la verosimiglianza preponderante altrimenti valida nel diritto delle assicurazioni sociali. Il grado della prova dell'art. 87 cpv. 2 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso di una prova piena, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno certi indizi a favore della circostanza invocata, fermo restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame successivo (cfr. sentenza del TF 9C_68/2007 del 19 ottobre 2007 consid. 4.4 con

rinvii). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione comincerà con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non dovesse essere il caso, potrà di principio liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata nel merito. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, l'amministrazione dispone di un certo potere d'apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (cfr. sentenza del TF 9C_667/2010 del 28 aprile 2011 consid. 2.1 e 2.2 con rinvii). Peraltro, allorquando l'autorità inferiore è entrata nel merito di una domanda di rendita il giudice non ha da esaminare la legittimità di siffatta entrata nel merito (DTF 133 V 108 consid. 5.2 e 109 V 108 consid. 2b).

E. 7

Dal momento che è infine entrata nel merito della terza domanda di rendita presentata dall'insorgente, all'autorità inferiore incombeva, in analogia ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA, di esaminare se tra la situazione esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stato oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita, nel caso di specie la decisione su opposizione del 26 luglio 2006 (doc. A 102) e la situazione al momento dell'emanazione della decisione qui impugnata, del 30 settembre 2015, è intervenuta una significativa modifica del grado d'invalidità (cfr. sentenze del TF 9C_421/2014 del 21 luglio 2014 consid. 3 e 9C_418/2010 del 29 agosto 2011 consid. 4.2 e 4.3).

E. 8.1

Secondo l'art. 17 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modifica, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modifica.

E. 8.2

Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI, la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

E. 8.3

L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento 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.

E. 9

In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii).

E. 10.1

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 140 V 356 consid. 3.1; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3).

E. 10.2

Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 232 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]).

E. 10.3

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. 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 (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 10.4

Per quel che riguarda le perizie di parte, il TF ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non 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. 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 con rinvii).

E. 10.5

Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396 [cfr. più in generale, la necessità di una valutazione medica in DTF 137 V 210 consid. 3.4.2.3]). Tenendo conto di diversi criteri, lo psichiatra deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato.

E. 10.6

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui 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 TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2).

E. 11

Nel caso concreto, occorre verificare se l'istruttoria effettuata dall'autorità inferiore sia sufficiente, o meno, per statuire nel caso di specie.

E. 12.1

Questo Tribunale rileva che il 26 luglio 2006, momento in cui è stata respinta la terza richiesta di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (cfr. doc. A 102), sono state poste quali diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa le patologie di broncopatia cronica ostruttiva (BPCO) GOLD IIA (recte: B [cfr. doc. A 90 pag. 28]) con/su possibile componente asmatica, marcato decondizionamento fisico e tabagismo attivo, nonché di sindrome depressiva ricorrente, attualmente in remissione (cfr. doc. A 90 pag. 11). Quali diagnosi senza incidenza sulla capacità lavorativa sono altresì state indicate le affezioni di lombalgie croniche e recidivanti con/su minime alterazioni di tipo degenerativo, epicondilalgia radiale del gomito destro, anemia, obesità (BMI 35) con dislipidemia, sospetto diabete mellito di tipo 2, ipertensione arteriosa (cfr. doc. A 90 pag. 11), nonché cardiopatia ipertensiva (cfr. doc. A 100 pag. 6 e 102 pag. 5). È stato altresì ritenuto che per le patologie aventi un'incidenza sulla capacità lavorativa sopra menzionate, il ricorrente presentava un'incapacità lavorativa del 15% (cfr. doc. A 102).

E. 12.2

Nell'ambito della nuova domanda di rendita, il medico SMR ha ritenuto che le già note numerose affezioni non hanno subito alcuna notevole modifica e che le stesse non comportano alcuna incapacità lavorativa. Tuttavia, questo Tribunale osserva innanzitutto che il medico del SMR non ha spiegato - né è desumibile da altri atti di cui all'incarto -

perché a fronte di uno stato di salute (secondo lui) rimasto invariato, non è stata confermata un'incapacità lavorativa del 15%, ma è invece stata ritenuta una totale capacità lavorativa. La valutazione del medico SMR, oltre che non sufficientemente motivata, è contraria alle risultanze processuali, conto tenuto che da numerosa documentazione medica di cui all'incarto (di data anteriore alla decisione impugnata) emergono, come si dirà in seguito, molteplici patologie suscettibili di incidere sulla capacità lavorativa che non sono state oggetto di sufficienti accertamenti. Peraltro, un approfondimento istruttorio si rendeva (e rende) necessario anche in virtù delle risultanze di cui al verbale del 14 ottobre 2014 della Commissione invalidi delle autorità serbe (doc. B 3), con riferimento alla constatata incapacità lavorativa del 90% a decorrere dal 1° agosto 2014. Questa valutazione dell'incapacità lavorativa, benché non vincolante per le autorità svizzere, non può essere senz'altro scartata, senza ulteriori approfondimenti medici oggettivi o almeno una solida motivazione, che nella presente fattispecie, come si dirà in seguito, fanno difetto.

E. 12.3

Quanto allo stato di salute dell'insorgente, questo Tribunale rileva quanto segue.

E. 12.3.1

Quanto all'affezione polmonare, questo Tribunale osserva che la BPCO è tutt'ora presente. La stessa è segnatamente menzionata in diversi referti medici, fra i quali emergono anche rapporti di specialisti in pneumologia, segnatamente i rapporti di un medico pneumo tisiologo del 25 luglio 2013 ("asma bronchiale in remissione e insufficienza ventilatoria ostruttiva" [doc. B 27 pag. 1]) e del 16 giugno 2014 ("BPCO cronica e insufficienza respiratoria ostruttiva bronchiectasia" [doc. B 26 pag. 1]). A prescindere che nei menzionati referti non è stata indicata l'attuale gravità della BPCO secondo la scala di GOLD, né l'eventuale incidenza sulla capacità lavorativa, vi sono concreti indizi per ritenere un peggioramento - o se non altro un cambiamento - della patologia stessa. Infatti, è fatta menzione per la prima volta di ectasie e noduli linfatici (cfr. doc. B 24 pag. 1 [rapporto di uscita del Centro di salute di E._____ per la degenza dal 20 al 24 giugno 2014, "ectasie ai bronchi bilateralmente"] e doc. B 32 pag. 2 [referto di un esame MSCT della cassa toracica del 22 giugno 2014, "si vedono alcuni noduli linfatici mediastinali e perilari"]), nonché della sindrome delle apnee notturne (cfr. doc. B 30 pag. 1). Senza una valutazione specialistica determinante segnatamente il livello di gravità della BPCO secondo la scala di GOLD, nonché l'incidenza di quest'ultima e delle nuove risultanze mediche (ectasie, noduli linfatici e sindrome delle apnee notturne), non è possibile determinarsi con il grado della verosimiglianza preponderante valida nelle assicurazioni sociali sullo stato di salute dell'interessato e sulla sua capacità lavorativa residua.

E. 12.3.2

Per quanto attiene alla "sindrome depressiva ricorrente, in remissione", questo Tribunale osserva che non figura agli atti alcuna valutazione approfondita specialistica in psichiatria posteriore alla perizia eseguita dal perito del SAM nel 2005 e posta a fondamento della decisione su opposizione del 2006. Infatti, i rapporti medici trasmessi dal ricorrente segnalano la diagnosi di "sindrome depressiva" e l'assunzione di F._____, ossia un antidepressivo - segnatamente i rapporti del 27 giugno 2014 (doc. B 29 pag. 1) e del 22 luglio 2015 (doc. B 58 pag. 1) - ma quest'ultimi non comportano né il riferimento ad una classificazione dell'affezione psichica secondo un metodo scientifico riconosciuto internazionalmente (ICD), né si pronunciano sull'anamnesi, sull'evoluzione della malattia,

sulla prognosi e sulle conseguenze della menzionata affezione sulla capacità lavorativa e sul comportamento dell'insorgente. Nemmeno può essere ritenuta probante la valutazione del medico SMR non disponendo egli di una specializzazione in psichiatria, il quale ha peraltro ritenuto la diagnosi di "sindrome ansioso-depressiva", la quale è una diagnosi diversa sia da quella ritenuta nella perizia del 2005 sia da quelle indicate dai rapporti sopramenzionati. Non è pertanto possibile, sulla base degli atti di cui all'incarto, potere pronunciarsi secondo la verosimiglianza preponderante valida nelle assicurazioni sociali sull'incidenza della patologia psichiatrica sulla residua capacità lavorativa del ricorrente.

E. 12.3.3

Riguardo alla problematica ortopedico/reumatologica, nei rapporti del 10 giugno 2015 e del 15 settembre 2015 (cfr. doc. B 39 e 63), il medico SMR ha ritenuto la diagnosi di sindrome lombovertebrale cronica su discopatia L4-L5 e L5-S1 in evoluzione dal 2000. Nella documentazione trasmessa dal ricorrente, sono menzionate le diagnosi di spondilosi alle vertebre cervicali e lombari, di artrite urica, di poliartrite, nonché di gonartrosi bilaterale (cfr. doc. B 25 pag. 1 [rapporto del 30 maggio 2014], doc. B 28 pag. 1 [rapporto del 12 giugno 2014], doc. B 31 pag. 1 [rapporto del 29 luglio 2014], doc. B 3 [verbale del 14 ottobre 2014 della Commissione invalidi delle autorità serbe]). Conto tenuto che dai rapporti medici di cui agli atti appare, nel complesso, uno stato di salute sostanzialmente diverso rispetto a quello esistente nel 2006, questo Tribunale non può manifestamente aderire alla valutazione del medico SMR. L'autorità inferiore avrebbe invece dovuto fare eseguire ulteriori accertamenti in ambito ortopedico (discopatia e spondilosi) e reumatologico (artrite urica, poliartrite e gonartrosi), ritenuto che la documentazione medica oggettiva di cui agli atti non contempla segnatamente né l'evoluzione nel tempo delle affezioni indicate, né l'(eventuale) conseguenza di quest'ultime sulla capacità lavorativa residua dell'insorgente.

E. 12.3.4

Dalla documentazione di cui agli atti emerge che il ricorrente è altresì affetto da diabete mellito di tipo 2. Detto diabete appare essere all'origine di molteplici complicanze anche neurologiche, come risulta in modo inequivocabile da diversi documenti medici esibiti dal ricorrente, in particolare dai rapporti del 25 aprile 2014 (doc. B 30 pag. 1, "diabete mellito di tipo 2 con dipendenza da insulina non regolato, polineuropatia diabetica, ipofunzionamento dei reni"), del 4/6 maggio 2014 (doc. B 22 pag. 3, "diabete con dipendenza da insulina"), del 14 maggio 2014 (doc. B 22 pag. 1, "diabete mellito con dipendenza da insulina con molteplici complicazioni [E107], [E104] diabete mellito con dipendenza da insulina con complicazioni neurologiche [N18], insufficienza renale cronica [M25]; all'uscita dall'ospedalizzazione dal 4-14 maggio 2014)), del 27 giugno 2014 (doc. B 29 pag. 1, "encefalopatia e polineuropatia diabetica"), del 29 luglio 2014 (doc. B 31 pag. 1, "diabete mellito, encefalopatia e polineuropatia diabetica"), del 14 ottobre 2014 (doc. B 3, "diabete mellito di tipo 2, indipendente da insulina, polineuropatia diabetica, nefropatia diabetica incip.") e del 23 luglio 2015 (doc. B 59 pag. 1, "diabete mellito di tipo 2 con dipendenza da insulina, polineuropatia diabetica, insufficienza renale cronica"). Tutte queste circostanze (l'instabilità del diabete, nonché le sue molteplici complicanze), dovevano (e devono) essere acclarate per potere statuire con cognizione di causa nella presente fattispecie.

E. 12.3.5

Quanto alla problematica cardiaca, da numerosi atti di cui all'incarto dell'autorità inferiore, segnatamente in particolare dai referti del 4/6 maggio 2014 (doc. B 22 pag. 3, "cardiomiopatia [CMP] dilatativa e ischemia compensata NYHA III [FE 45%], blocco bifascicolare"), del 14 maggio 2014 (doc. B 22 pag. 1, "ipertensione arteriosa essenziale [primaria; 142], CMP dilatativa e ischemia compensata NYHA III [FE 45%], blocco bifascicolare"), del 14 giugno 2014 (doc. B 23 pag. 1, "ipertensione arteriosa, cardiomiopatia cronica non compensata, blocco bifascicolare"), del 29 luglio 2014 (doc. B 31 pag. 1, "cardiomiopatia cronica non compensata), del 14 ottobre 2014 (doc. B 3, "ipertensione arteriosa, cardiomiopatia cronica compensata") e del 23 marzo 2015 (doc. B 21 pag. 1, ipertensione arteriosa, cardiomiopatia cronica non compensata, blocco bifascicolare"), emerge che lo scompenso cardiaco di cui soffre il ricorrente appare a momenti compensato rispettivamente non compensato ed è stato attribuito alla classe NYHA III, classificazione peraltro non contestata dal medico SMR (cfr. doc. B 39 e 63). Questo Tribunale osserva che nel 2006 l'insufficienza cardiaca di cui era affetto il ricorrente non era stata assegnata ad alcuna classe NYHA. Al riguardo, questo Tribunale osserva che è noto che le persone che hanno uno scompenso cardiaco (od insufficienza cardiaca) della classe NYHA III presentano dei sintomi anche per attività fisiche inferiori all'ordinario. Questo Tribunale osserva altresì che la FE è passata dal 58% del 2006 (cfr. doc. A 102 pag. 5) al 45% nel 2014. Pertanto, questo Tribunale non può manifestamente condividere la valutazione del medico SMR secondo cui la patologia cardiaca sarebbe nota e rimasta invariata dal 2006. Dalle risultanze mediche appare piuttosto essere intervenuto un peggioramento della problematica cardiaca che non è stato sufficientemente approfondito dall'autorità inferiore. In assenza di una valutazione specialistica cardiologica quanto allo stato di salute del ricorrente non è possibile stabilire con la necessaria verosimiglianza preponderante valida nelle assicurazioni sociali sull'(eventuale) incidenza di tale patologia sulla capacità lavorativa residua dell'insorgente.

E. 13

Per conseguenza, la decisione impugnata del 30 settembre 2015, fondata su un accertamento manifestamente insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale e deve essere annullata.

E. 14.1

Quando il TAF 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 TAF C-1446/2013 del 16 ottobre 2014 consid. 8.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 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 una perizia interdisciplinare in ambito pneumologico, psichiatrico, ortopedico-reumatologico, endocrinologico/diabetologico e cardiologico, non essendo sufficiente esaminare la presente complessa fattispecie mediante perizie o rapporti medici isolati (cfr. sentenza del TF 9C_235/2013 del 10 settembre 2013 consid. 3.2 con rinvii; cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze [accertamento manifestamente insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti da parte dell'autorità

inferiore, detta autorità non avendo fatto eseguire la necessaria perizia interdisciplinare] DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse rendere necessario (v. segnatamente i disturbi di colite cronica cui è fatto riferimento nei rapporti istologico del 3 agosto 2013 [doc. B 57 pag. 1] e macroscopico e istopatologico del 6 agosto 2013 [doc. B 56 pag. 1], la gastroduodenite non specifica, il reflusso gastroesofageo, la dispepsia e la steatosi epatica menzionati nei rapporti del 4/6 maggio 2014 [doc. B 22 pag. 3] e del 14 maggio 2014 [doc. B 22 pag. 1], nonché la disfagia diagnosticata nel certificato del 22 luglio 2015 [doc. B 61 pag. 1]), nonché a pronunciare una nuova decisione.

E. 14.2

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 30 settembre 2015 l'autorità inferiore ha respinto la richiesta di rendita formulata dall'interessato.

E. 15.1

Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.-, versato il 16 febbraio 2016, sarà restituito al ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato

E. 15.2

Ritenuto che l'insorgente non è rappresentato in questa sede e che non risulta che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla presente procedura di ricorso, non si giustifica l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). (dispositivo alla pagina seguente)

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