

BVGer C-1828/2015 vom 22. März 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-03-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1828_2015

FR: TAF C-1828/2015 du 22 mars 2017

IT: TAF C-1828/2015 del 22 marzo 2017

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, 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 impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b 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, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la 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) ed altresì l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

E. 2.1.1

Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1

consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 2.1.2

Contestato, in concreto, è il mancato riconoscimento del diritto di A. _____ di percepire una rendita intera di invalidità. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 e le successive modifiche (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, ritenuto che l'eventuale diritto alla rendita sorgerebbe il 1° febbraio 2015 (ossia sei mesi dopo la presentazione della domanda di prestazioni ex art. 29 cpv. 1 LAI).

E. 2.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 17 febbraio 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 (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 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, nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 3.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

E. 3.2

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

E. 3.3

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) 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, con le relative modifiche, e il

regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

E. 3.4

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, 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 253 consid. 2.4).

E. 4

Oggetto del contendere è l'assegnazione di una rendita di invalidità a A._____, segnatamente se, dopo il rifiuto di assegnargli una rendita di invalidità il 17 luglio 2013 il grado di invalidità è aumentato; contestata è in particolare l'esigibilità per il ricorrente di svolgere attività leggere, rispettose dei limiti funzionali riscontrati.

E. 4.1

L'UAIE ha respinto la richiesta dal momento che il discapito economico dell'assicurato (34%), calcolato sulla base dei limiti funzionali risultanti dagli atti medici, non risulta essere sufficiente per riconoscere il diritto ad almeno un quarto di rendita di invalidità (40%).

E. 4.2

Il ricorrente, dal canto suo, sostiene che il persistere della sintomatologia dolorosa alle anche e alle caviglie, rende inesigibile la ripresa lavorativa anche in un'attività leggera e sedentaria. Proprio a causa di tali limitazioni, l'insorgente ritiene accertata l'impossibilità di accedere al mercato del lavoro.

E. 5

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 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 i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

E. 6.1

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. 6.2

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. 6.3

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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, 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 se l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

E. 6.4

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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

E. 6.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 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). 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 (metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 7.1

Secondo l'art. 17 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, 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 modificazione.

E. 7.2

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del Tribunale federale I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGA).

E. 7.3

Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di 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]).

E. 7.4

Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione di fatto vigente al momento del provvedimento litigioso (in concreto al 17 febbraio 2015) con quella esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato (nel caso concreto il 17 luglio 2013) 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 (DTF 133 V 108 e 130 V 71 consid. 3.2.3; sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007).

E. 7.5

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 riferimenti). 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 rigorosa-mente 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 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 3.2; TF 9C_667/2010 del 28 aprile 2011 consid. 2.1 e 2.2 nonché relativi riferimenti; DTF 109 V 108 consid. 2b pag. 114; cfr. pure SVR 2003 IV no. 25 pag. 76 consid. 2.2).

E. 7.6

Se l'amministrazione entra nel merito della domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado di invalidità si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). 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. 7.7

In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia valutata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (v. sentenza del Tribunale federale 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3; SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, 9C_418/2010, consid. 3.1; 9C_32/2012 consid. 2).

E. 8.1

Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio gli accertamenti necessari e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

E. 8.2

Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

E. 8.3

Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3).

E. 8.4

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la

descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. De-terminante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 140 V 356 consid. 3.1, 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266).

E. 8.5

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in parti-colare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorati-va hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

E. 9

Nel caso concreto, l'autorità inferiore ha rifiutato una prima richiesta di prestazioni con la decisione del 17 luglio 2013 (doc. 43). Fondando il proprio giudizio sugli atti medici allora agli atti, in particolare la perizia medica particolareggiata (E-213) del 22 maggio 2012 (doc. 8) e i rapporti del dr. G._____ del 11 novembre 2012 (doc. 18) e del 12 giugno 2013 (doc. 41), l'UAIE ha considerato il ricorrente interamente abile al lavoro nell'attività sostitutiva di magazziniere, pur tenendo conto delle limitazioni di cui questi era portatore. Il ricorrente aveva infatti subito un sinistro sul posto di lavoro il 27 luglio 2000, allorquando, cadendo da un'altezza di tre metri, si era procurato la frattura di tibia e perone sinistra e la frattura del malleolo tibiale destro. In esito a detto trauma l'insorgente ha sviluppato un'artrosi postraumatica bilaterale alle caviglie. L'assicurato si era nuovamente infortunato in data 11 aprile 2006, procurandosi una frattura multi-frammentaria dell'acetabolo, a seguito della quale sono insorte un artrosi postraumatica all'anca sinistra e un'artrosi incipiente all'anca destra (si confronti a tal proposito i rapporti del dr. K._____ del 4 agosto 2006 e del dr. C._____ [doc. 69, 70]).

E. 10.1

Oltre a queste patologie, tutt'ora presenti, come attestano i rapporti del dr. D._____ e del dr. H._____ (doc. 71, 72) nel corso del 2014 il ricorrente ha sviluppato una gonalgia sinistra di probabile origine degenerativa. Il peggioramento dello stato di salute intervenuto dopo il rifiuto della prima domanda di rendita è incontestato (doc. 71 e 74).

E. 10.2

A mente del dr. H._____, a cui ha fatto prevalentemente riferimento il dr. L._____ ai fini di stabilire la capacità lavorativa residua, "il quadro di cui soffre il paziente condiziona in modo decisivo la sua vita quotidiana e comporta un notevole grado di disturbo

funzionale", in un contesto patologico tale da pregiudicare "la futura abilità del paziente" e da precludere qualsiasi possibilità di ripresa dell'attività abituale di magazziniere. Alla luce dei limiti funzionali descritti nel rapporto del 24 ottobre 2014 (doc. 72), segnatamente una "condizione di incapacità di realizzare attività che richiedano sforzi, attività di carico e scarico, di camminare su terreni irregolari, di stare seduto o in piedi per lungo tempo e lavoro in quota", il dr. H. _____ ha ritenuto che all'assicurato "mancano le possibilità pratiche per svolgere un servizio professionale, con presenza fissa sul posto di lavoro, attività per tutta la giornata e attenzione nello svolgimento del suo ruolo abituale". Lo stesso ha poi concluso ritenendo il ricorrente "in condizione di inabilità permanente di grado totale", segnalando che in tali circostanze il diritto spagnolo riconosce a quest'ultimo il diritto di riscuotere il 75% della pensione di invalidità.

E. 10.3

Ciò nonostante, il rapporto del dr. H. _____ non chiarisce le esatte conseguenze invalidanti delle affezioni menzionate. Certo, egli ritiene l'assicurato interamente inabile nella professione abituale di magazziniere e segnala pure che, ai sensi del diritto spagnolo, quest'ultimo avrebbe diritto a una rendita di invalidità corrispondente al 75%. Non è tuttavia specificato se la valutazione riguardo all'inabilità "permanente di grado TOTALE", sia riferita unicamente alla professione abituale o pure ad altre potenziali professioni adeguate e rispettose dei limiti funzionali elencati. In effetti il dr. H. _____ non indica se vi siano delle eventuali professioni esigibili e, se del caso in che misura esse possano essere svolte dall'assicurato, tenuto conto delle patologie sofferte. Su questo puntuale - e fondamentale aspetto - la "perizia" risulta essere scarsa di notizie utili, manifestamente incompleta e a tratti confusa, in particolare laddove viene segnalata l'assenza di "possibilità pratiche per svolgere un servizio professionale, con presenza fissa sul posto di lavoro, attività per tutta la giornata". Non è infatti chiaro, se, con tale affermazione, il dr. H. _____ voglia indicare che l'assicurato, a causa dei limiti funzionali riscontrati, non dispone più di alcuna capacità lavorativa residua, oppure se stia semplicemente constatando che, a fronte di un mercato del lavoro già saturo, sarà difficile (o irrealistico) per l'assicurato reperire un'attività conciliabile con i disturbi accusati. Né una, né l'altra ipotesi possono tuttavia essere ritenute in questa sede. La prima non risulta infatti essere sufficientemente argomentata né dimostrata. La seconda, per contro, non risulta essere influente posto che, ai sensi del diritto svizzero, per valutare la possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa e tradurla in capacità di guadagno non si tiene conto di difficoltà contingenti del mercato del lavoro ma occorre collocarsi nell'ipotesi di un mercato equilibrato. Vale a dire nella situazione in cui, da una parte, l'offerta e la domanda si controbilanciano e, dall'altra, in cui il mercato del lavoro è strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati (cfr. STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.; DTF 110 V 273 e Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2. edizione, n. 170 p. 899).

E. 11.1

L'art. 59 cpv. 2bis LAI ricorda che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella

possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incanto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 11.2

I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare - a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche - la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

E. 12.1

Nel caso concreto, il servizio medico dell'UAIE non ha eseguito accertamenti propri, né ha predisposto ulteriori accertamenti medici presso il luogo di domicilio dell'assicurato.

E. 12.2

L'apprezzamento del caso è stato fatto sulla scorta della documentazione agli atti, in particolare del rapporto del dr. D._____ - che ha ritenuto sconsigliabile, alla luce delle patologie riscontrate, lo svolgimento di lavori in piedi con carico di pesi - e del rapporto del dr. H._____, dal quale il dr. L._____ ha tratto le seguenti conclusioni nel proprio rapporto del 18 novembre 2014 (doc. 74): "(l'assicurato, ndr.) risulta limitato in modo significativo per un lavoro, che viene svolto in piedi, per cui siamo di fronte a una progressione delle alterazioni dell'apparato locomotorio, che permettono senza restrizioni un lavoro prevalentemente sedentario, ma non più quello come magazziniere, che dalla mia conoscenza viene comunque svolto maggiormente in piedi e comprende portare e spostare anche pesi. In conclusione si tratta di una situazione dove si restringe il campo delle attività di sostituzione esigibili. Come magazziniere concordo con il perito che attribuisce un'inabilità lavorativa del 75%. Come data dell'inizio dell'incapacità lavorativa come magazziniere propongo il 30.9.2014." Tali conclusioni sono state confermate dal dr. L._____ anche dopo l'esame del referto del dr. M._____ del 5 gennaio 2015 (doc. 80)

prodotto dall'assicurato. Nel rapporto SMR del 5 febbraio 2015 (doc. 82), si legge infatti: "Riconfermo l'esigibilità di un lavoro leggero, specialmente seduto. L'ultimo lavoro come magazziniere non fa più parte di questa attività".

E. 12.3

Orbene, il parere del dr. L. _____, su cui si è fondato l'UAIE per stabilire concretamente le attività esigibili (doc. 76), non pare condivisibile e ciò per molteplici ragioni.

E. 12.3.1

Innanzitutto il parere espresso nel rapporto del 18 novembre 2014 (doc. 74) e del 5 febbraio 2015 (doc. 82), appare infondato, ossia privo di sufficienti elementi oggettivi, frutto di esami approfonditi, dal momento che si basa su atti che, come indicato al consid. 8.2, non permettono di determinare in maniera completa e concludente la residua capacità lavorativa del ricorrente. Oltretutto, le conclusioni a cui giunge il medico del SMR contraddicono, in parte, gli stessi referti su cui si fonda, laddove ritiene l'assicurato abile al 100% in attività leggere da svolgere in posizione prevalentemente sedentaria. Questa circostanza non risulta infatti né dal rapporto del dr. D. _____, né dal rapporto del dr. H. _____, che, anzi, ritiene che l'assicurato incapace di eseguire attività che richiedano di stare seduto o in piedi per lungo tempo (doc. 72, p. 6). Non è dato sapere se altri elementi oggettivi, comunque non reperibili agli atti, siano stati considerati dal dr. L. _____ per valutare gli esatti limiti funzionali da cui è affetto l'assicurato. Su questo punto, si rileva che neppure apporta maggiori chiarimenti il rapporto del 5 gennaio 2015 del dr. M. _____ (doc. 80), prodotto a seguito dell'emissione del progetto di decisione del 16 dicembre 2014 (doc. 77). Non viene tuttavia fatta menzione riguardo alle attività esigibili da parte dell'assicurato.

E. 12.3.2

Leggendo il rapporto del 18 novembre 2014, parrebbe che il medico fiduciario non disponga della piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria, dato che lo stesso si limita a supporre ("da come posso capire") che la fattispecie riguardi una nuova richiesta di rendita (doc. 74 ab initio). Benché il dr. L. _____ ritenga inoltre trattarsi "di una situazione dove si restringe il campo di attività di sostituzione esigibili", egli non sostanzia maggiormente tale conclusioni, non indicando quali attività, oltre a quella di magazziniere, non possano più essere svolte dall'assicurato, né segnalando quali attività sostitutive siano quindi esigibili dall'assicurato. A tal proposito, neppure si può supporre che il dr. L. _____ si sia riferito agli atti medici relativi alla precedente domanda di prestazioni AI (doc. 4 e segg.e 43) - e in particolare alle valutazioni del dr. G. _____ riguardo alle attività esigibili indicate nel rapporto del 12 giugno 2013 (doc. 41) - dal momento che egli non ne fa menzione alcuna. Anzi, nel proprio rapporto egli pare considerare unicamente i rapporti del dr. D. _____ e del dr. H. _____.

E. 12.3.3

Non da ultimo, occorre segnalare l'errore, forse dovuto alla difficoltà nella comprensione della perizia redatta in spagnolo, o forse dovuto all'interpretazione di un referto comunque lacunoso e impreciso, commesso dal dr. L. _____, nel ritenere a carico dell'assicurato un grado di inabilità lavorativa del 75% nell'attività abituale. Attenendosi alla traduzione del doc. 72, risulta chiaro che il dr. H. _____ non intendeva riferirsi alla capacità lavorativa, quanto piuttosto alla rendita di invalidità con grado del 75%, riconosciuta dal diritto spagnolo (doc. TAF 18).

E. 12.3.4

Infine dalla documentazione medica agli atti non risulta neppure l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa a far tempo dalla decisione di rifiuto della rendita.

E. 12.4

In definitiva, seppur non vi siano dubbi circa l'insorgere dell'inabilità lavorativa nell'attività abituale di magazziniere, non è stato chiarito con sufficiente verosimiglianza, se esista e in quale misura si possa realizzare la residua capacità lavorativa del ricorrente, rispettivamente quali siano in concreto i limiti funzionali. Infine, occorre rilevare che agli atti non figura un parere specialistico (ortopedico e reumatologico) aggiornato, posto che il dr. H. _____ non risulta essere specialista in tali materie, quanto piuttosto in medicina del lavoro, specialità per altro sconosciuta alle nostre latitudini, e che neppure il dr. L. _____ dispone di dette specializzazioni. In simili condizioni, sia il rapporto del dr. L. _____ che quello del dr. H. _____, su cui il medico SMR si fonda, non possono essere considerati concludenti, in quanto incompleti e in contraddizione tra loro, anche per quanto riguarda l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa.

E. 13.1

Vale la pena di rammentare che il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 43 LPGA nonché gli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA). 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 giustificato qualora l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria, non essendo compito del Tribunale effettuare in prima battuta i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

E. 13.2

Nel caso concreto, risulta che l'istruttoria non è stata eseguita in maniera completa e approfondita da parte dell'autorità inferiore. Nell'ambito della nuova domanda di prestazioni presentata il 7 agosto 2014 (doc. 47, 51) essa si è limitata ad acquisire gli atti medici e amministrativi trasmessi dall'assicurato e a sottoporli al proprio servizio medico. In tale sede, sono state riprese le valutazioni espresse dal dr. H. _____, nonostante i limiti, le imprecisioni e le carenze contenuti nella perizia di quest'ultimo, in particolare riguardo alla residua capacità lavorativa in attività adeguata ai limiti funzionali. Non è stato per contro ritenuto opportuno procedere ad ulteriori analisi, come, ad esempio, l'esecuzione di una perizia di carattere generale (E-213), contrariamente a quanto fatto in occasione della precedente domanda di prestazioni (cfr. doc. 8). Inoltre è completamente carente un accertamento approfondito in ortopedia e in reumatologia.

E. 13.3

Alla luce delle considerazioni che precedono, ne discende che il provvedimento querelato, che viola il diritto federale e poggia su di un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, va annullato.

E. 14.1

Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione.

E. 14.2

A tale scopo, verrà dapprima accertato mediante una nuova perizia di carattere generale (E-213) lo stato di salute del ricorrente, che dovrà inoltre essere sottoposto a una perizia pluridisciplinare in Svizzera in ortopedia e reumatologia, vista la patologia degenerativa di cui soffre. In particolare saranno eseguiti tutti quegli esami strumentali e radiologici che il caso - e l'evoluzione nel tempo dello stato di salute - richiede (Rx, RM, TAC, ECG, ECG da sforzo, ecc.). Dalla nuova perizia dovrà altresì emergere l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa a far tempo dalla decisione del 17 luglio 2013 (doc. 43). Posto che l'inabilità nell'attività abituale di magazziniere, è già stata appurata e non è contestata, dalla perizia dovrà emergere se e in che misura l'interessato è abile al lavoro in attività eventualmente ancora esigibili - che dovranno poi essere concretizzate dal servizio competente - e la decorrenza dell'inabilità lavorativa.

E. 14.3

Se del caso l'autorità amministrativa effettuerà poi un'indagine comparativa dei redditi, fondandosi sui dati economici relativi al 2015 anno, anno in cui al più presto decorre la rendita (art. 29 cpv. 1 LAI; DTF 129 V 122, sentenza del TF 8C_290/2007 dell'8 luglio 2008 consid. 3).

E. 15.1

Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. Al ricorrente viene restituito l'anticipo delle spese processuali di 410.92 franchi versato il 14 aprile 2015 (doc. TAF 4).

E. 15.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da un avvocato, si giustifica 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 parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione (DTF 132 V 215 consid. 6.2). Giusta l'art. 14 cpv. 1 TS-TAF, le parti che chiedono la rifusione di spese ripetibili devono presentare al Tribunale, prima della pronuncia della decisione, una nota particolareggiata delle spese. Se non viene prodotta una nota spese particolareggiata, come nel caso concreto, il giudice fisserà un'indennità sulla base degli atti (art. 14 cpv. 2 TS-TAF).

E. 15.2.1

Secondo giurisprudenza, nell'ambito del suo potere d'apprezzamento, il Tribunale di prima istanza determina l'onorario dell'avvocato in funzione dell'importanza e delle difficoltà della lite nonché dell'ampiezza del lavoro e del dispendio orario (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_284/2012 del 18 maggio 2012 consid. 6).

E. 15.2.2

Per valutare l'importanza del lavoro e del tempo consacrato, occorre tenere conto del fatto che la procedura in materia di assicurazioni sociali è retta dalla massima inquisitoria, ciò che, di solito, facilita il compito del mandatario. Quanto all'attività di quest'ultimo suscettibile di essere considerata, essa non può comprendere le azioni inutili o superflue. Inoltre, le iniziative intraprese prima della promozione della fase processuale non possono essere ritenute (cfr. sentenza del Tribunale federale I 452/05 del 27 novembre 2006 consid. 5.5 e relativi riferimenti).

E. 15.2.3

Il caso in esame non è complesso dal punto di vista dei fatti, ritenuto che la domanda di rendita d'invalidità svizzera è stata presentata nell'agosto 2014, che l'incarto dell'UAIE non è voluminoso e che la fattispecie non pone questioni in diritto di particolare difficoltà. L'attività dell'avvocato si è per altro limitata alla stesura del ricorso (sei pagine) e della replica (cinque pagine) che ricalca quasi integralmente il gravame.

E. 15.3

Stando così le cose, in assenza di una nota dettagliata, il collegio giudicante determina un'indennità (comprensiva di onorario e spese vive) di fr. 1'800.- esente da IVA (sentenza del TAF C-2115/2013 del 13 agosto 2014).

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