

# **BVGer C-2924/2017 vom 18. Juli 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-07-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2924\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2924_2017)

FR: TAF C-2924/2017 du 18 juillet 2019

IT: TAF C-2924/2017 del 18 luglio 2019

## **Regeste**

Diritto alla rendita

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF) 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 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 LPGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

### **E. 1.4**

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 PA). Esso è pertanto ammissibile.

### **E. 2.1**

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

### **E. 2.2**

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. 2.3**

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. 2.4**

Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (sentenza del TF 8C\_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 e relativi riferimenti).

#### **E. 2.5**

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. 3.1**

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 e relativi riferimenti; 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 12 agosto 2014, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

#### **E. 3.2**

Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 12 agosto 2014. L'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGa (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 5.1.3 del presente giudizio]). Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. 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 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; 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 (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. 4**

Giova peraltro rilevare che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 3 anni (doc. A 66) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione.

#### **E. 5.1**

L'invalidità ai sensi della LPGA 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 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI).

##### **E. 5.1.1**

Secondo l'art. 7 LPGA, 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 LPGA).

##### **E. 5.1.2**

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, 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%.

##### **E. 5.1.3**

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

##### **E. 5.1.4**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (sentenze del TF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 con rinvii). 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).

##### **E. 5.1.5**

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.

## **E. 5.2**

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 modifica.

### **E. 5.2.1**

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. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C\_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 con rinvii).

### **E. 5.2.2**

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 (DTF 130 V 343 consid. 3.5).

### **E. 5.2.3**

Quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 131 V 164; 131 V 120; 125 V 143; sentenza del TF 9C\_362/2014 del 19 agosto 2014 consid. 3 con rinvii).

## **E. 6**

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

rapporto - ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1; 125 V 351 consid. 3).

## **E. 7**

Dalla documentazione medica agli atti appare che l'insorgente soffre segnatamente di trauma distorsivo contusivo alla spalla sinistra, capsulite post-traumatica, artroscopia (con tenotomia capo lungo bicipite) stabilizzazione anteriore e fissazione del labbro, sinoviectomia, decompressione sotto-acromiale, borsectomia, acromio-plastica e artrosi condilo femorale mediale ginocchio destro in estesa lesione menisco mediale con meniscectomia mediale parziale e micro-fratturazione del condilo femorale mediale (cfr. rapporto di visita medica del 5 agosto 2016 del dott. G. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica, medico incaricato dall'assicurazione B. \_\_\_\_\_ [doc. B 160]) nonché di dolori all'anca sinistra, lombosciatalgia e protrusione discale L4-L5 e L5-S1, disturbi della sensibilità agli arti inferiori, dolore al piede destro (nota dell'11 luglio 2014 dell'ispettore della B. \_\_\_\_\_ [doc. B 30], rapporto del 18 febbraio 2015 della Clinica di riabilitazione di E. \_\_\_\_\_ [doc. B 42], nota del 29 febbraio 2016 dell'ispettore della B. \_\_\_\_\_ [doc. B 122], certificato neurologico del 3 marzo 2016 dell'Ospedale di J. \_\_\_\_\_ [doc. B 129], rapporto di visita medica del 25 marzo 2016 della dott.ssa F. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia, medico incaricato dall'assicurazione B. \_\_\_\_\_ [doc. B 131] e rapporto medico del 15 maggio 2017 del dott. H. \_\_\_\_\_ [doc. TAF 1]).

### **E. 8.1**

Alfine 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 consiste nel mettere a disposizione delle autorità amministrative e giudiziarie quelle informazioni specialistiche di carattere medico che esulano dal loro campo di conoscenze e di cui dette autorità hanno bisogno per potere valutare con cognizione di causa l'invalidità. Il medico interpellato deve infatti emettere un giudizio sullo stato di salute e indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro, la documentazione medica costituendo un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4). Spetta in seguito al consulente in integrazione professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenze del TF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.3 e 9C\_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5 con rinvii).

### **E. 8.2**

In particolare, per l'art. 59 cpv. 2bis LAI, 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'articolo 6 LPGGA - 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 a 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 per 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'incarto 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 (sentenze del TF 9C\_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

### **E. 8.3.1**

Questo Tribunale rileva, innanzitutto, che l'autorità inferiore, nella decisione impugnata del 20 aprile 2017, ha segnalato, sotto la rubrica "esito degli accertamenti", che "dall'esame di tutta la documentazione acquisita all'incarto, in particolare dagli atti dell'assicuratore contro gli infortuni, si evince che a seguito di due eventi infortunistici (uno avvenuto in data 29.08.2013 e l'altro il 05.01.2015), la B. \_\_\_\_\_ ha riconosciuto una completa inabilità lavorativa dal 30.08.2013 fino al 31.10.2016, mentre a decorrere dal 01.11.2016 (...) è ritenuto abile al lavoro nella misura massima possibile. Nell'ambito della visita medica di chiusura della B. \_\_\_\_\_ eseguita in data 05.08.2016 è stato possibile definire l'esigibilità al lavoro (...). Dal profilo medico, l'abituale attività di muratore/manovale edile non è stata ritenuta più idonea. Tuttavia, attività adeguate allo stato di salute e rispettose di tutte le limitazioni funzionali sono tuttora esigibili in misura completa. Sulla base delle risultanze mediche, il nostro Ufficio ha in seguito valutato l'incidenza del danno alla salute sulla capacità di guadagno". Sotto la rubrica "audizione", ha poi indicato che "il rapporto medico legale redatto in data 17.02.2017 dal dott. H. \_\_\_\_\_ (...) è stato sottoposto, per competenza, al vaglio del nostro Servizio Medico Regionale (SMR), il quale ha potuto constatare che dallo stesso non risulta oggettivata alcuna affezione extra-infortunistica. In assenza di patologie extra-infortunistiche inficianti ulteriormente la capacità lavorativa (...), riteniamo tuttora valida la valutazione sull'esigibilità lavorativa eseguita nell'ambito della visita medica circondariale B. \_\_\_\_\_ del 05.08.2016, sulla quale si è basato anche l'Ufficio AI per definire la capacità di guadagno residua rispettivamente il grado d'invalidità" (doc. A 66).

### **E. 8.3.2**

Giova altresì rilevare che la decisione impugnata appare in sostanza fondata esclusivamente sul rapporto di visita medica di chiusura del 5 agosto 2016 del dott. G. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica, medico incaricato dall'assicurazione B. \_\_\_\_\_ (doc. B 160). Per quanto emerge dalle carte processuali, l'Ufficio AI del Cantone C. \_\_\_\_\_ si è in effetti limitato ad assumere agli atti l'incarto dell'assicurazione B. \_\_\_\_\_ (v. doc. B 1 a B 166) e ad effettuare un calcolo del grado d'invalidità (v. doc. A 49 e A 50), senza preoccuparsi di verificare di moto proprio l'esistenza di eventuali ulteriori affezioni, non ritenute nella diagnosi della menzionata visita medica di chiusura della B. \_\_\_\_\_, e le conseguenze delle stesse sulla residua capacità lavorativa. A torto, come si vedrà di seguito.

### **E. 8.3.3**

Da un lato, non può essere ammesso il motivo addotto dall'amministrazione per rinunciare alla necessaria istruttoria complementare dal profilo medico, da essa stessa prevista, segnatamente all'assunzione agli atti di una perizia medica particolareggiata (E 213)

rispettivamente a far visitare personalmente l'insorgente da un medico del Servizio medico regionale dell'AI (SMR). Basti rilevare che l'Ufficio AI del Cantone C.\_\_\_\_\_, dopo aver richiesto la compilazione della perizia medica particolareggiata (E 213) dapprima al dott. K.\_\_\_\_\_ (medico curante dell'insorgente [doc. A 1 pag. 7 e doc. A 18]) e poi, a seguito del rifiuto di quest'ultimo (doc. A 20), al dott. L.\_\_\_\_\_ al fine di "allestirlo sulla scorta delle risultanze che constaterà nel corso della visita" (doc. A 21), con scritto del 31 luglio 2015, ha segnalato all'UAIE che "il dott. L.\_\_\_\_\_ ci informa di essere impossibilitato a compilare (il rapporto E 213) in quanto non è mai riuscito a raggiungere telefonicamente l'assicurato e lui non l'ha mai contattato per fissare un appuntamento. Per questo motivo, la procedura dei bilaterali viene sospesa" (doc. A 26). Ora, la necessità dell'effettuazione delle dovute misure istruttorie non decade ipso facto né per la circostanza che il medico curante dell'insorgente si è rifiutato di compilare il rapporto E 213, che di principio andava altresì richiesto all'INPS (con designazione di un medico terzo/neutro) né perché il dott. L.\_\_\_\_\_ non sarebbe riuscito a contattare il ricorrente (non risulta peraltro dalle carte processuali alcuna prova con riferimento in particolare alla natura e al numero dei tentativi di contattare l'insorgente da parte del medico in questione). Non appare peraltro ad un esame d'ufficio degli atti di causa che al ricorrente possa essere rimproverata una violazione del suo obbligo di collaborare. Da questo profilo, non soccorre l'autorità inferiore l'affermazione che non sarebbero stati prodotti agli atti documenti medici di data anteriore alla decisione impugnata che dimostrino l'esistenza di affezioni extra-infortunistiche. In effetti, in materia di AI l'amministrazione è tenuta ad acclarare compiutamente l'insieme dei fatti giuridicamente rilevanti per l'assegnazione di una eventuale rendita indipendentemente dalla questione di sapere se le affezioni risultanti dagli atti di causa siano, o meno, di natura infortunistica (o la conseguenza di un infortunio) piuttosto che extra-infortunistica. Ora, dalle risultanze processuali emerge che il ricorrente soffre di dolori all'anca sinistra nonché di dolori alla schiena (nota dell'11 luglio 2014 dell'ispettore della B.\_\_\_\_\_ [doc. B 30]), disturbi alla schiena poi confermati dal rapporto del 18 febbraio 2015 della Clinica di riabilitazione di E.\_\_\_\_\_ (doc. B 42), in cui è segnalato che "il paziente ha avuto un episodio di lombalgia acuta di durata di circa 3-4 giorni". Inoltre, nella nota del 29 febbraio 2016 dell'ispettore della B.\_\_\_\_\_ (doc. B 122), è indicato che l'assicurato "è ricoverato in Italia a causa di problemi extra-infortunistici. Si è svegliato una mattina e non aveva più sensibilità agli arti inferiori". Il certificato del 3 marzo 2016 dell'Ospedale di J.\_\_\_\_\_ ha poi confermato che l'insorgente è stato ricoverato presso il reparto di neurologia dal 18 febbraio al 1° marzo 2016 (doc. B 129), in assenza però di una diagnosi e senza alcun riferimento ad informazioni sullo stato di salute del paziente ed a qualsivoglia esame specialistico obiettivo. Peraltro, nel rapporto di visita medica del 25 marzo 2016 della dott.ssa F.\_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica, medico incaricato dall'assicurazione B.\_\_\_\_\_ (doc. B 131), è indicato che l'assicurato nota un dolore in sede della pianta del piede destro e una disestesia parestesia in sede delle dita I, II, III e IV tipo formicolio e addormentamento, quest'ultima sintomatologia da circa un anno. Stante queste premesse, non soccorre l'autorità inferiore neppure l'annotazione del 20 marzo 2017 del dott. I.\_\_\_\_\_, medico SMR (presa di posizione peraltro posteriore allo scritto di opposizione del 20 febbraio 2017), il quale si limita ad indicare che la documentazione medica, segnatamente il rapporto del 17 febbraio 2017 del dott. H.\_\_\_\_\_, permette di concludere all'assenza di patologie extra-infortunistiche (doc. A 62). Per sovrabbondanza, può ancora essere rilevato che nel rapporto medico del 15 maggio 2017 del dott. H.\_\_\_\_\_, certo redatto dopo la data della decisione impugnata (doc. TAF 1), è fatto riferimento ad una

visita ortopedica del 6 febbraio 2017, durante la quale sono state rilevate una lombosciatalgia destra e delle protrusioni discali L4-L5 e L5-S1. Non può per conseguenza essere seriamente escluso, in assenza dei necessari accertamenti fattuali, che tali affezioni fossero - come già accennato indipendentemente dal fatto se siano o meno la conseguenza dei due infortuni subiti dal ricorrente - suscettibili di giustificare un'incapacità lavorativa già anteriormente all'emanazione della decisione impugnata. Peraltro, su queste ulteriori affezioni o possibili affezioni determinanti l'autorità inferiore non si è in alcun modo pronunciata nella decisione impugnata.

#### **E. 8.3.4**

Per sovrabbondanza, può essere ancora rilevato che la decisione impugnata è altresì insufficientemente motivata sulle ragioni che giustificano di erogare al ricorrente una rendita intera d'invalidità (dal 1° febbraio 2015) fino al 30 novembre 2016, ossia tre mesi dopo la visita medica di chiusura della B. \_\_\_\_\_ del 5 agosto 2016 (doc. B 160), nell'ambito della quale è stata definita l'esigibilità lavorativa. A tal proposito, va in effetti rilevato che lo specialista in chirurgia ortopedica dott. G. \_\_\_\_\_, nel menzionato rapporto di visita di chiusura del 5 agosto 2016, ha sottolineato che la situazione alla spalla sinistra è da ritenersi ormai stabilizzata, mentre per quanto riguarda il ginocchio destro, è da prevedersi che nell'arco di 30-60 giorni (dal giorno dell'effettuazione del rapporto medico, che nel caso in esame è basato su una visita effettuata il 5 agosto 2016), la situazione sia da ritenersi stabilizzata. Secondo lo specialista, molto probabilmente l'attività di muratore non sarà più esigibile; trascorso il periodo di fisioterapia, l'assicurato potrà essere ritenuto abile nella misura massima possibile nei limiti dell'esigibilità al lavoro (esercizio di un'attività con limitazioni per quanto riguarda il sollevamento e trasporto di pesi, l'assunzione di determinate posizioni la mobilità e la deambulazione). Peraltro, il dott. I. \_\_\_\_\_, medico SMR, nell'annotazione del 20 marzo 2017 (doc. A 62), ha ritenuto, in virtù del surriferito rapporto di visita medica del dott. G. \_\_\_\_\_, che l'insorgente è abile al lavoro nella misura massima possibile (100%) dal 1° novembre 2016. In altri termini, va determinato con precisione il momento in cui è intervenuto un eventuale miglioramento (nel caso concreto un eventuale miglioramento non appare potersi far risalire alla data della visita medica di chiusura della B. \_\_\_\_\_ del 5 agosto 2016 come ha fatto l'autorità inferiore) e quindi applicata correttamente la conseguenza prevista dall'art. 88a cpv. 1 OAI.

#### **E. 8.4**

Da quanto esposto, discende che il provvedimento querelato, che viola il diritto federale - accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, segnatamente con riferimento al necessario accertamento delle affezioni risultati agli atti di causa - incorre nell'annullamento. Basti ancora rilevare, a titolo abbondanziale, che nell'ambito di una procedura di revisione della rendita (nel caso concreto la soppressione di una rendita intera precedentemente accordata) incombe all'autorità inferiore di dimostrare, nel senso della probabilità preponderante e in virtù di un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti (da eseguire di principio d'ufficio), che è intervenuto un significativo cambiamento (miglioramento) dello stato di salute dell'assicurato nel periodo determinante (cfr., sulla questione, fra le tante, la sentenza del TAF C-668/2012 del 19 marzo 2014 consid. 7.3).

#### **E. 9.1**

Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni

vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-6273/2014 del 25 ottobre 2016 consid. 9.2). 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 TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43; 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

### **E. 9.2**

Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione. La cassazione si giustifica per il fatto che dovranno essere eseguiti rispettivamente completati i necessari accertamenti medici, segnatamente effettuato un esame sullo stato di salute generale (rapporto medico su modulo E 213) ed un esame sullo stato di salute neurologico e completato l'esame ortopedico-reumatologico nonché effettuato ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse ancora rendere necessario. Per il resto, e a seconda del risultato di tale esame, l'UAIE dovrà pronunciarsi pure sulla sfruttabilità di un'(eventuale) residua capacità lavorativa medico-teorica nonché, a seconda del risultato di tale esame, effettuare un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute.

### **E. 9.3**

Peraltro, stante le premesse, nulla - neppure la giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) - si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza dei citati accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute del ricorrente e sull'incidenza delle affezioni di cui soffre sulla residua capacità lavorativa. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (in particolare quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un accertamento (peritale interdisciplinare) in ambiti che non sono stati (o comunque insufficientemente) chiariti nella procedura di prima istanza, ma che lo avrebbero dovuto essere prima dell'emanazione della decisione litigiosa, gli elementi per dovere agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 [cfr., in particolare, anche il consid. 8.3 del presente giudizio]). Peraltro, il Tribunale federale ha già avuto modo pure di precisare che in virtù dell'art. 43 LPGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 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 (sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; cfr. pure sentenza

del TAF C-3038/2016 del 2 aprile 2019 consid. 12).

#### **E. 9.4**

Per il resto, occorre 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). In altri termini, nell'ambito della nuova procedura dinanzi all'UAIE la rendita intera dal 1° febbraio 2015 al 30 novembre 2016 attribuita all'insorgente con decisione dell'UAIE del 20 aprile 2017, e legata alla sola problematica ortopedica, deve considerarsi già definitivamente acquisita (cfr., su questo punto fra le tante, le sentenze del TAF C-991/2017 del 26 febbraio 2019 consid. 10.6, C-6255/2016 del 4 marzo 2019 consid. 11.2 nonché C-1045/2012 del 7 luglio 2014 consid. 11.3 con rinvii), perlomeno fino alla data della decisione impugnata (limite di cognizione temporale nel caso di specie). In tale contesto, resta aperta solo la questione di sapere se la portata dell'affezione ortopedica/reumatologica e l'esistenza di un (eventuale) disturbo neurologico possano avere un'incidenza significativa sulla capacità lavorativa del ricorrente in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute nel periodo determinante (segnatamente già anteriormente alla data della decisione impugnata) e quindi opporsi alla soppressione della rendita con effetto (al più presto) al 30 novembre 2016.

#### **E. 10.1**

Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

#### **E. 10.2**

Si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)

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