

BVGer C-3049/2014 vom 27. September 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3049_2014

FR: TAF C-3049/2014 du 27 septembre 2016

IT: TAF C-3049/2014 del 27 settembre 2016

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, per rimando dell'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).

E. 2.1.1

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 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 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 della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 2.1.2

Contestato in concreto è il diritto di A. _____ di percepire una rendita di invalidità al più presto dal 1° gennaio 2014 (sei mesi dopo la presentazione della domanda, art. LAI, consid. Ba). Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità.

E. 2.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 16 aprile 2014. 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 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

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. 3.1

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. 3.2

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. Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

E. 3.3

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 il diritto del ricorrente di percepire una rendita d'invalidità, segnatamente il grado e la durata dell'inabilità lavorativa. Secondo l'insorgente, infatti, egli non si sarebbe mai rimesso dall'infortunio subito il 29 dicembre 2012 e la situazione non sarebbe ancora stabilizzata. Dal canto suo l'amministrazione ritiene sufficienti i dati emersi dagli accertamenti specialistici eseguiti dall'assicuratore infortuni che ha fatto allestire, nel 2013, ben tre perizie in diversi rami medici e che non vi sono motivi validi per procedere ad ulteriori accertamenti, la capacità al lavoro (totale) dell'assicurato, nella precedente attività di cameriere/barista da ottobre 2013 o al più tardi dal 21 novembre 2013 essendo pacifica.

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'incanto (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'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con

un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

E. 6.3

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b).

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, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 6.5

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

E. 6.6

La nozione di invalidità in ambito AI coincide con quella vigente in ambito LAINF e nell'assicurazione militare (art. 16 LPGGA; DTF 127 V 129 consid. 4d; 133 V 549 consid. 6). Se il danno alla salute è il medesimo, la valutazione dell'invalidità in ambito AI, LAINF e assicurazione militare dovrebbe condurre al medesimo grado di invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; 126 V 288 consid. 2a con rinvii). Un assicuratore non è tuttavia vincolato ad una

decisione emessa da un altro ente per esempio nel caso in cui il grado di invalidità risulta da un accordo intercorso tra le parti (DTF 127 V 129 consid. 4d; 126 V 288 consid. 2a) rispettivamente si fonda su un errore di diritto (DTF 126 V 288 consid. 2a). Se inoltre in DTF 126 V 288 il TF ha relativizzato il carattere vincolante di una valutazione dell'invalidità passata in giudicato nei confronti di un assicuratore contro gli infortuni nel senso che una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità entrava in linea di conto eccezionalmente e a condizione che sussistessero motivi pertinenti, in DTF 133 V 549 il Tribunale federale (TF) ha precisato la propria giurisprudenza concludendo che la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni non vincola l'assicurazione per l'invalidità ai sensi della precedente giurisprudenza (DTF 126 V 288) e, di conseguenza, l'Ufficio AI non è legittimato a interporre opposizione, rispettivamente ricorso, contro la decisione, rispettivamente contro la decisione su opposizione, dell'assicuratore infortuni sulla questione del diritto alla rendita in quanto tale o sul grado d'invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; sentenza del TF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 10).

E. 7.1

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. 7.2

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. 7.3

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. 7.4

In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie 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 la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

E. 7.5

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. Determinante 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 consid. 6.2.4 pag. 270; 134 V 231 consid. 5.1 pag. 232; 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). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. questa Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 OG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

E. 7.6

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). 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 qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

E. 8.1

La diagnosi emersa nel caso in esame è deducibile dall'incarto dell'assicuratore infortuni. L'amministrazione AI, infatti, non ha proceduto ad alcun accertamento interno.

E. 8.2

Ora, riallacciandoci alla giurisprudenza sopra ricordata deve essere qui esaminato se fosse stato il caso che l'UAI cantonale accertasse la diagnosi in modo indipendente da quanto traspariva dall'incarto di Helsana. Questo sarebbe senza alcun dubbio giustificabile allorquando, per esempio, si presentassero malattie extra-infortunistiche di rilievo o quando l'accertamento dell'assicuratore infortuni apparisse insufficiente o poco chiaro, oppure, ancora, quando l'inchiesta medica e la procedura in materia infortunistica non fosse ancora terminata.

E. 8.3

Nel caso che ci occupa dagli atti emerge che l'indagine eseguita dall'assicuratore Helsana è completa fin nei minimi dettagli, non sono mai state enunciate patologie extra-infortunistiche, mentre l'istruttoria, come del resto la procedura, sono terminate e chiuse.

E. 8.4

La diagnosi rilevante in concreto è pertanto sostanzialmente quella di pregresso trauma cranico commotivo con residuo un verosimile tinnito in orecchio destro, reazione mista ansioso-depressiva in sindrome da disadattamento (ICD 10-F43-22). Questa diagnosi scaturisce da visite specialistiche effettuate in ambito infortunistico dai Dott.ri B. _____ (neurologo; perizia del 13 febbraio 2013, doc. 16 inc. Helsana I), C. _____ (generalista e

specialista in medicina manuale SAMM, perizia del 20 marzo 2013, doc. 22 inc. Helsana I), D._____ (specialista in ORL, perizia del 7 giugno 2013, doc. 27 inc. Helsana I), E._____ (specialista in psichiatria, perizia del 12 ottobre 2013, doc. 36 inc. Helsana I). L'interessato dal canto suo non ha mai esibito documentazione medica che possa far stato di un'altra diagnosi a parte un succinto certificato psichiatrico del 23 maggio 2014 del Dott. H._____ privo di vera e propria marcatura diagnostica secondo i codici internazionali (doc. TAF 1). La diagnosi posta non è pertanto contestata dal ricorrente, il quale si limita a denunciare doglianze soggettive.

E. 9.1

Per quanto riguarda le conseguenze del danno alla salute sulla capacità lavorativa, va rilevato che l'assicuratore infortuni ha effettuato tutti quegli accertamenti che la situazione imponeva in concreto. Non vi sono ulteriori esami che l'UAI, da parte sua, avrebbe potuto ordinare, in quanto l'operato dell'assicuratore infortuni è completo ed esauriente e, come detto non smentito da eventuali controprove.

E. 9.1.1

Quaranta giorni dopo l'infortunio del 29 dicembre 2012, l'Helsana ha ordinato una visita peritale in neurologia presso il Dott. B._____ (doc. 16 inc. Helsana), in quanto l'interessato, stando a qualche breve certificato del medico curante, lamentava ancora fenomeni di perdita di equilibrio ed un ronzio all'orecchio destro. Per il resto in seguito all'incidente l'infortunato non aveva subito lesioni maggiori (fratture, ferite gravi). Il Dott. B._____ constatava che il paziente era in buone condizioni generali di salute con esame neurologico nella norma, senza reperti per una lesione neurologica centrale o periferica. Al momento della visita il paziente era peraltro del tutto asintomatico, a parte delle cefalee intermittenti prive di conseguenze debilitanti. L'esperto non riteneva utile ulteriori indagini e considerava che il paziente avrebbe potuto riprendere il proprio lavoro in misura graduale da subito ed al cento per cento dal 1° marzo 2013.

E. 9.1.2

Tuttavia, a seguito del tinnito (acufeni), il medico curante ha prescritto un esame ORL, eseguito in Italia il 22 febbraio 2013, il quale poneva in evidenza solo un'ipoacusia neurosensoriale bilaterale di entità lieve-moderata (doc. 19 inc. Helsana I), tanto che detto l'assicuratore ordinava una visita presso il proprio medico di fiducia Dott. C._____. Nel rapporto del 20 marzo 2013 e nel complemento del 2 maggio successivo (doc. 22 e 25 inc. Helsana I), prudenzialmente, il sanitario proponeva sia una visita otorinolaringoiatrica che psichiatrica, avendo riscontrato una componente depressiva del paziente. Questi suggerimenti del Dott. C._____ sono stati accolti dall'assicuratore infortuni, al fine di escludere qualsiasi dubbio sull'eventuale presenza di patologie limitanti l'attività lavorativa.

E. 9.1.3

La visita ORL è stata eseguita dal Dott. D._____ nel giugno 2013 (doc. 27 inc. Helsana I). L'esperto ha proceduto ad un esame otologico ed audiologico, nonché un esame otoneurovestibolare. Ulteriori esami sono stati effettuati presso l'ospedale civico di Lugano. Tutti gli esami eseguiti non hanno posto in evidenza alterazioni patologiche. In particolare l'esame otoneurologico ha mostrato una funzione vestibolare periferica nella norma bilateralmente. L'udito, in base all'esame specifico, è stato considerato nella norma a parte una lieve ipoacusia alle basse frequenze. In conclusione, il Dott. D._____ ha ammesso una verosimile presenza dell'acufeno, ma senza riscontro strumentale. Dal punto di vista

otoneurovestibolare il paziente accusa, anche qui soggettivamente, un'instabilità, ma non presenta all'esame oggettivo alcun deficit vestibolare periferico. L'insicurezza alla deambulazione ad occhi chiusi è stata rilevata direttamente presso l'esperto ORL, ma non nel corso degli altri accertamenti strumentali. Questi sintomi, eventualmente, sono da interpretare come una problematica cervico-posturale bisognosa, se del caso, di trattamenti fisioterapici. Questa problematica, peraltro appariscente alla marcia ad occhi chiusi, non provoca tuttavia alcuna invalidità di rilievo. Per quanto riguarda in particolare il tinnito (acufeno), se dovesse persistere, il Dott. D._____ ha consigliato l'istallazione di un semplice specifico piccolo apparecchio in commercio, adatto a questo genere di fastidio. Comunque, il Dott. D._____ ha escluso che tale piccolo disturbo possa provocare un'incapacità di lavoro.

E. 9.1.4

Infine, precauzionalmente, su consiglio del Dott. C._____, l'assicuratore infortuni ha sottoposto l'assicurato ad approfondita visita psichiatrica (Dott.ssa E._____) il 6 settembre 2013 (rapporto del 12 ottobre 2013, doc. 36 inc. Helsana). L'esperta incaricata ha posto la diagnosi già sopra indicata ed ha constatato uno stato psichico nella norma, ma con una sintomatologia riferibile ad uno stato ansio-depressivo dovuto ad esaurimento ed irritabilità. La Dott.ssa ha in particolare dichiarato che "l'insorgenza del malessere è legata ad un fatto scatenante -soprattutto il tinnitus- e si può asserire, che senza questo, il disagio psichico non sarebbe insorto. Si parla quindi di una sindrome da disadattamento. Trattasi di un disagio che insorge in seguito ad evento stressante. Può presentare una sintomatologia variabile, ma la sua gravità non è tale da giustificare altre diagnosi psichiatriche. (...) Un'inabilità lavorativa per motivi psichici non è mai stata attestata e considerato lo stato psichico constatato in occasione della visita peritale non sussiste. L'assicurato è da considerarsi pienamente abile al lavoro."

E. 9.1.5

Alla luce di quanto esposto ci si trova confrontati con perizie chiare, motivate, convergenti e pertanto concludenti. Il referto neurologico già escludeva qualsiasi incapacità di lavoro perlomeno a partire da fine febbraio 2013, non essendoci patologie clinicamente significanti in atto; da un punto di vista otorinolaringoiatrico è stata esclusa pure in modo categorico la presenza di debilitazioni di origine otologica, audiologica, come pure di tipo oto/neuro/vestibolare (in esito ad accertamenti specifici ospedalieri); la perizia psichiatrica infine, pur ponendo una diagnosi secondo i parametri ICD 10 (F43-2), attesta chiaramente come nessuna conseguenza debilitante derivi da questo stato, il paziente essendo abile al lavoro in misura completa.

E. 9.2

Per queste ragioni, il collegio giudicante ritiene che al più tardi il giorno della perizia della Dott.ssa E._____, 9 settembre 2013, l'interessato sarebbe stato in grado di riprendere al cento per cento il suo precedente lavoro, senza particolari restrizioni. Tuttalpiù, per migliorare il suo rendimento e il confort personale, egli avrebbe potuto e può tuttora correggere il problema/fastidio del tinnito con l'istallazione di uno specifico piccolo apparecchio auricolare da farsi prescrivere da un medico specialista e con eventuale possibilità d'indennizzo assicurativo in base alla legislazione in vigore. Inoltre, relativamente al problema di occasionali disturbi d'insicurezza deambulatoria ad occhi chiusi (non di origine vestibolare ma cervico-posturale), il Dott. D._____ ha consigliato un

eventuale trattamento fisioterapico.

E. 9.3

Constatando quindi come le patologie residuali sofferte e specialisticamente verificate fossero di minima entità, il Dott. G._____, del SMR (doc.25), ha dichiarato l'abilità lavorativa completa al più tardi il 20 novembre 2013, soluzione peraltro più vantaggiosa di quella registrata in ambito infortunistico (cfr. supra consid. 9.2). Va osservato che la capacità di lavoro completa per l'assicurato era già proponibile a partire dal 1° marzo 2013, come indicato dal Dott. B._____. Il prolungamento della copertura assicurativa da parte dell'Helsana è da ascrivere al fatto che il Dott. C._____, precauzionalmente, ha chiesto due esami specialistici in ORL e psichiatria che sono stati effettuati nel corso di quell'anno, ma che hanno confermato la piena abilità al lavoro del paziente.

E. 9.4

Va osservato infine, che per gli stessi motivi qui indicati, l'opposizione di A._____ alla decisione 23 gennaio 2014 dell'Helsana (cfr. doc. Helsana II non numerato), ove si sopprimevano prestazioni a partire dal 1° ottobre 2013, è stata respinta con la decisione del servizio giuridico di detto assicuratore infortuni del 16 aprile 2014 (cfr. inc. Helsana II). Il TCA, nella sua sentenza del 28 luglio 2014, chinandosi sul ricorso proposto da A._____ contro la decisione su opposizione di cui sopra, ha pure lui ripreso le constatazioni dei tre periti che, nella sostanza, escludono categoricamente la presenza di patologie maggiori e/o invalidanti rilevando peraltro lo scarso carattere patologico dei leggeri disturbi riscontrati. Anche l'autorità giudiziaria cantonale conclude, applicando il criterio della probabilità preponderante, utilizzato abitualmente per l'apprezzamento delle prove nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 129 V 181 consid. 3.1, 129 V 406 consid. 4.3.1, 126 V 360 consid. 5b), che a far tempo dal 1° ottobre 2013, A._____ aveva ritrovato la piena capacità lavorativa nella sua abituale professione.

E. 9.5

Visto quanto sopra la domanda del ricorrente di far allestire una perizia pluridisciplinare va respinta in quanto non trova assolutamente conforto nell'insieme delle circostanze emerse nel presente caso a fronte di un accertamento già di carattere pluridisciplinare, motivato, concludente e pertanto convincente, che non giustifica l'assunzione di ulteriori prove.

E. 10

In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata, in quanto conforme al diritto federale e fondata su un accertamento dei fatti, confermata.

E. 11.1

Visto l'esito della procedura le spese andrebbero poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 PA), il quale ha tuttavia chiesto di essere esonerato dal pagamento dei costi procedurali. Giusta l'art. 65 cpv. 1 PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, se una parte non dispone di mezzi necessari e le sue conclusioni non sembrano prive di probabilità di successo, il giudice dell'istruzione la dispensa, a domanda, dopo il deposito del ricorso, dal pagamento delle spese processuali. I presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria (nel senso della dispensa dalle spese processuali e dal relativo anticipo) e del gratuito patrocinio sono di massima adempiuti se il richiedente si trova nel bisogno, se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole e l'assistenza di un avvocato è necessaria o perlomeno indicata (sentenza del TF 9C_147/2011 del 20 giugno 2011; DTF 127 I 202

consid. 3b; 125 V 371 consid. 5b con rinvii). Una parte si trova nel bisogno qualora non sia in grado, entro un termine adeguato, di pagare le spese giudiziarie senza pregiudicare i mezzi necessari al suo sostentamento e a quello della sua famiglia (sentenze del TF 9C_112/2014 del 19 marzo 2014 e 9C_147/2011; DTF 128 I 225 consid. 2.5.1). Lo stato di bisogno deve essere valutato in base alle risorse finanziarie (reddito e sostanza mobiliare e immobiliare) dell'istante (DTF 124 I 1 consid. 2a) e, dandosi il caso, delle persone che hanno verso di lui degli obblighi di mantenimento (per esempio il coniuge; DTF 120 Ia 179; 115 Ia 193). Per ammettere il bisogno ai fini processuali è sufficiente che la parte non disponga di mezzi superiori a quelli necessari per far fronte al sostentamento normale della famiglia. Nell'ambito di questo esame, va considerata la situazione finanziaria e patrimoniale globale (sentenze del TF 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 7.2 e I 134/06 del 7 maggio 2007 consid. 5.3) al momento della presentazione dell'istanza (DTF 135 I 223 consid. 5.1). Il limite per ammettere lo stato di bisogno si situa al di sopra di quello del minimo esistenziale agli effetti del diritto esecutivo. All'importo base LEF viene pertanto applicato di regola un supplemento, variante tra il 15% e il 25% (sentenza del TF I 134/06 del 7 maggio 2007 consid. 5.3 con rinvii). Dalla persona che fa richiesta possono essere pretesi alcuni sacrifici. Tuttavia, essa non deve ridursi a uno stato di indigenza né può essere tenuta a procurarsi i mezzi necessari per il processo a detrimento di altri obblighi urgenti (sentenza del TF I 134/06 del 7 maggio 2007; sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 356/02 del 7 luglio 2003). Va peraltro ricordato che prima di richiedere l'assistenza giudiziaria dallo Stato, la persona interessata, nel limite dell'esigibile, deve di principio attingere alla propria sostanza (DTF 119 Ia 11 consid. 5 [v. pure DTF 119 Ia 11 sull'esigibilità, per il richiedente, di gravare un immobile e di assumersi un {ulteriore} debito ipotecario] e sentenza del TF 9C_112/2014 del 19 marzo del 2014). Lo Stato tuttavia non può esigere dal ricorrente che utilizzi le sue economie se queste costituiscono la sua "riserva di soccorso", la quale si apprezza in funzione dei suoi bisogni futuri nelle circostanze concrete, quali lo stato di salute e l'età, e il cui ammontare si situa, per una persona sola, tra i CHF 20'000.- e i CHF 40'000.- (cfr. sentenze del TF 9C_147/2011 del 20 giugno 2011; 1P. 450/2004 del 28 settembre 2004 consid. 2.2; 4P. 158/2002 del 16 agosto 2002 consid. 2.2; cfr. in generale sul tema Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2013, pagg. 278-281). Il richiedente deve indicare in modo completo e, nella misura del possibile, giustificare i propri redditi e la propria situazione patrimoniale (DTF 120 Ia 182 consid. 3a). Se l'istante rifiuta di trasmettere i dati o i documenti necessari a sostanziare la sua situazione attuale, il Tribunale può misconoscere lo stato di bisogno senza incorrere in una violazione del diritto di essere sentito (DTF 120 Ia 182 consid. 3a, si confrontino anche DTF 125 IV 161 consid. 4; 124 I 1 consid. 2a; e sentenze del TF 8C_58/2014 del 24 settembre 2014 consid. 7.3; 9C_606/2013 del 7 marzo 2014 consid. 2.1.3; 9C_767/2010 del 3 febbraio 2011 consid. 2.1.3; 8C_920/2010 del 25 gennaio 2011 consid. 3.2),

E. 11.2

In via preliminare va rilevato che secondo il tasso di cambio al momento della compilazione del formulario di assistenza giudiziaria Euro 1.- equivaleva a fr. 1.094.-. Il ricorrente, nato nel 1949, divorziato, ha prodotto documentazione a suffragio di quanto richiesto (doc. TAF 7 e 14). Secondo i dati emersi (doc. TAF 7 e 14) risulta che il ricorrente, ha introiti netti documentati di circa fr. 890.- franchi al mese da pensione AVS svizzera (fr. 716.-) dal 1° agosto 2014 (doc. TAF 12) e da pensione italiana (Euro 159.-, doc. TAF 14 allegato 3). Egli è tenuto a versare un affitto con spese condominiali di circa 550.- franchi al mese (doc. TAF

14 allegato 2) e deve far fronte ad altre spese correnti (acqua, luce, gas) d'importo variabile (doc. TAF 14 allegati). Egli ha inoltre dichiarato di non possedere significative sostanze (patrimonio), mentre ha contratto dei debiti per interventi odontoiatrici (cfr. documentazione allegata al doc. TAF 7). Alle spese mensili va aggiunto un importo pari al minimo esistenziale, che corrisponde ad un forfait di spese di sostentamento, abbigliamento e biancheria, igiene e salute, manutenzione delle apparecchiature e dell'arredamento domestico, assicurazioni private, cultura, così come le spese di elettricità e/o gas per la luce e la cucina, ecc. Per una persona sola residente in Svizzera il minimo esistenziale ammonta a fr. 1'200.-, conformemente alla "Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (art. 93 LEF)", disponibile sul sito internet:<http://www4.ti.ch/poteri/giudiziario/giustizia-civile/tabella-dei-minimi-desistenza/> (consultato il 06.04.2016). Questo importo deve essere adattato al Paese d'origine del ricorrente, in questo caso l'Italia, secondo l'indice dei prezzi dell'Organizzazione per la cooperazione e per lo sviluppo economico (OECD, dati ricavati dal sito internet:http://www.oecd-ilibrary.org/economics/data/prices/comparative-price-levels_data-00536-en, consultato il 12 settembre 2016), e da ultimo deve ancora essere maggiorato del 20%. Il minimo esistenziale è pertanto pari in concreto a fr. 964.- (1'200 x 67% x 120%). Visto quanto sopra tramite entrate per complessivi franchi 890.- il ricorrente deve far fronte a spese di almeno fr. 1'519 (fr. 964, pari al minimo vitale e fr. 550.- per affitto e spese accessorie). Ne consegue che egli adempie le condizioni per l'esonero dall'anticipo delle spese processuali.

E. 11.3

Visto l'esito del ricorso, non vengono attribuite indennità per spese ripetibili, il ricorrente peraltro non essendo rappresentato (art. 64 cpv. 1 PA a contrario).

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