

BVGer C-3058/2015 vom 23. Mai 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-05-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3058_2015

FR: TAF C-3058/2015 du 23 mai 2016

IT: TAF C-3058/2015 del 23 maggio 2016

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Riservate le eccezioni - non realizzate nel caso di specie - di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE).

E. 1.3

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA [RS 830.1]), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) - è ammissibile.

E. 2

In virtù dell'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 LPGGA. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

E. 3.1.1

Per l'art. 56 cpv. 1 LPGGA le decisioni su opposizione e quelle contro cui un'opposizione è esclusa possono essere impugnate mediante ricorso. Giusta l'art. 60 LPGGA, per rimando dell'art. 1 cpv. 1 LAI, il ricorso deve essere depositato entro trenta giorni dalla notifica della decisione impugnata (anche art. 50 cpv. 1 PA in relazione con l'art. 37 LTAF). Si tratta di un termine di perenzione, improrogabile (art. 22 cpv. 1 PA; AUER/MÜLLER/SCHINDLER, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2008, ad art. 50 pag. 684 N 5).

E. 3.1.2

In virtù dell'art. 38 cpv. 1 LPGGA, per rimando dell'art. 1 cpv. 1 LAI, se il termine è computato in giorni o in mesi e deve essere notificato alle parti, inizia a decorrere il giorno

dopo la notifica. Se l'ultimo giorno del termine è un sabato, una domenica o un giorno festivo riconosciuto dal diritto federale o cantonale, il termine scade il primo giorno feriale seguente (art. 38 cpv. 3 LPGA; anche art. 20 cpv. 1 e 3 PA in relazione con gli art. 2 cpv. 4 PA e 37 LTAF).

E. 3.1.3

Giusta l'art. 38 cpv. 4 lett. b LPGA, i termini stabiliti dalla legge o dall'autorità in giorni o in mesi non decorrono dal settimo giorno precedente la Pasqua al settimo giorno successivo la Pasqua incluso (anche art. 22a cpv. 1 lett. b PA).

E. 3.1.4

Se la parte si rivolge in tempo utile a un'autorità incompetente, il termine è reputato osservato (art. 21 cpv. 2 PA; anche art. 39 cpv. 2 LPGA). L'autorità che si reputa incompetente trasmette senza indugio la causa a quella competente (art. 8 PA e art. 58 cpv. 3 LPGA per analogia).

E. 3.1.5

Per l'art. 29 cpv. 3 LPGA se una domanda non rispetta le esigenze di forma o se è trasmessa a un servizio incompetente, per quanto riguarda l'osservanza dei termini e gli effetti giuridici collegati alla domanda è determinante la data in cui essa è stata consegnata alla posta o inoltrata a tale servizio.

E. 3.2

Per l'art. 53 cpv. 1 LPGA le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza. Per l'art. 53 cpv. 2 LPGA l'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza.

E. 4.1

In via preliminare va esaminato se l'amministrazione era autorizzata a emanare la decisione del 30 marzo 2015, in quanto la decisione del 24 marzo 2014 era nel frattempo cresciuta in giudicato oppure se le censure inoltrate dall'assicurato il 3 e il 29 aprile 2014 (consid. D e E) andavano trasmesse al TAF per competenza, in quanto presentate prima della scadenza del termine di ricorso.

E. 4.1.1

Al riguardo va rilevato che la decisione del 24 marzo 2014 è stata notificata al ricorrente (domiciliato in Italia) al più presto il 25 marzo seguente (la decisione è stata trasmessa per raccomandata all'interessato, ma agli atti non è stata registrata la data dell'avvenuta notifica). Il termine di trenta giorni per inoltrare ricorso ha quindi iniziato a decorrere - al più presto - il 26 marzo 2014 ed è scaduto - sempre al più presto - il 9 maggio 2014 (tenuto conto della sospensione del termine per la Pasqua del 20 aprile 2014).

E. 4.1.2

Lo scritto di A. _____ del 3 aprile 2014, da cui emerge la volontà di contestare la decisione del 24 marzo 2014 - egli ha in particolare indicato che lo stato di salute non era migliorato, di essere in cura presso un nuovo specialista (peraltro fatto già annunciato

probabilmente prima del ricevimento della decisione del 24 marzo 2014 [cfr. doc. A 30]) e chiesto di sospendere il caso in attesa della relazione peritale di quest'ultimo - è stato pertanto trasmesso prima della scadenza del termine di ricorso. La volontà di contestare la decisione emerge altresì dal tenore della perizia psichiatrica del dott. L. _____ del 29 aprile 2014 (pervenuta all'amministrazione il 2 maggio 2014), che conferma l'asserito peggioramento dello stato di salute, anch'essa inoltrata prima della scadenza del termine di ricorso. A titolo abbondanziale va del resto rilevato che, neppure nell'istante in cui l'UAI ha invitato l'assicurato a compilare il formulario di nuova richiesta, il 5 maggio 2014 (doc. A 37), la decisione era definitiva.

E. 4.1.3

In simili condizioni le richieste summenzionate, alla luce della normativa suesposta, andavano trasmesse per competenza al TAF.

E. 4.2.1

Va tuttavia ancora esaminato se, alla luce dello scritto inviato al ricorrente il 4 aprile 2014 (doc. A 33) e i passi successivi intrapresi da quest'ultimo, l'amministrazione poteva ritenere, in virtù del principio della buona fede, che l'assicurato avesse, per atti concludenti, ossia tramite la trasmissione degli atti all'UAI e non al TAF, come gli era stato espressamente indicato, rinunciato a presentare ricorso (cfr. in merito alla possibilità di rinunciare a presentare ricorso dopo la pronuncia della decisione amministrativa, sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 139/02 del 20 novembre 2002 consid. 2.3 e 2.4) e pertanto poteva considerarsi autorizzata a interpretare le censure sollevate quale nuova domanda di rendita rispettivamente quale domanda di riesame della decisione del 24 marzo 2014.

E. 4.2.2

Al riguardo va rilevato che nello scritto del 4 aprile 2014 l'amministrazione, in relazione alla richiesta del 3 aprile 2014 del ricorrente di sospendere il caso fintanto che non fosse stata trasmessa la nuova perizia psichiatrica, ha dichiarato che "la nostra comunicazione del 24 marzo 2014 non è ancora cresciuta in giudicato, pertanto per fare un eventuale ricorso si può rivolgere direttamente al Tribunale amministrativo federale" e aggiunto che "mentre per l'inoltro di una nuova richiesta di valutazione del suo caso la preghiamo di attendere che la comunicazione sia cresciuta in giudicato e di inoltrarci in seguito la documentazione del medico, al fine di poter valutare un'eventuale entrata in materia". L'assicurato dal canto suo non ha né presentato ricorso al TAF né atteso la crescita in giudicato della decisione, per trasmettere l'ulteriore documentazione in suo possesso.

E. 4.2.3

A mente di questa Corte alla luce del tenore dello scritto summenzionato l'amministrazione non poteva né doveva dedurre che l'assicurato, tramite l'invio della perizia prima della scadenza del termine per ricorrere, intendeva rinunciare a interporre ricorso. Al riguardo va rilevato che lo scritto del 4 aprile 2014 non è sufficientemente chiaro facendo quest'ultimo tra l'altro riferimento ad una "comunicazione" e non esplicitamente alla "decisione" quale era e non ha inoltre spiegato all'interessato, a quel tempo non patrocinato, che cosa fosse la crescita in giudicato della decisione e quali conseguenze avrebbe comportato, segnatamente una fissazione vincolante del grado d'invalidità, che non avrebbe potuto essere rivisto liberamente con l'inoltro della nuova domanda, ma solo a determinate condizioni. In simili circostanze l'autorità inferiore non poteva ritenere il rapporto medico psichiatrico del 29 aprile 2014 e il precedente scritto del 3 aprile 2014 quale nuova domanda di prestazioni.

Non essendo quindi legittimata ad emanare una nuova decisione, avrebbe dovuto trasmettere gli atti al TAF per competenza.

E. 4.3

Ne consegue che la decisione del 30 marzo 2015, emessa in violazione delle disposizioni sulla competenza, deve essere annullata, mentre il "ricorso" del 3 aprile 2014/29 aprile 2014 - interposto tempestivamente contro la decisione del 24 marzo 2014 e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) - presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), va considerato ammissibile.

E. 5.1

L'oggetto impugnato è rappresentato, dal profilo formale, da una decisione, mentre, da quello sostanziale, dai rapporti giuridici in essa regolati. L'oggetto litigioso configura per contro il rapporto giuridico che, sulla base delle conclusioni ricorsuali, viene effettivamente impugnato e portato, quale tema processuale, dinanzi al giudice (di prima o seconda istanza). Stando a tale definizione, l'oggetto impugnato come pure quello litigioso si riferiscono ad uno o più rapporti giuridici. Se pertanto il ricorso è diretto solo contro alcuni dei rapporti giuridici disciplinati dalla decisione querelata, gli altri fanno sì parte dell'oggetto impugnato, ma non di quello litigioso. L'oggetto della lite viene quindi definito alla luce delle censure sollevate con il ricorso, le quali vengono considerate validamente presentate se dal tenore o perlomeno dal senso di quest'ultimo risultano con sufficiente chiarezza (sentenza del TF 8C_16/2010 del 3 maggio 2010 consid. 1.2 con rinvii). Se non vi è una decisione quindi, vi è carenza dell'oggetto impugnato e pertanto di un presupposto per procedere all'esame materiale (DTF 131 V 164 consid. 2.1). È tuttavia possibile estendere, a determinate condizioni (DTF 130 V 138 consid. 2.1), l'esame all'oggetto impugnato quando vi è un legame intrinseco tra i punti non contestati e l'oggetto della lite (DTF 122 V 36 consid. 2a).

E. 5.2

Il potere cognitivo di questo Tribunale è inoltre 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 pronunciata, nel caso in esame il 24 marzo 2014. Dei fatti modificatisi in seguito va di regola tenuto conto in una nuova decisione (DTF 130 V 138 con rinvii). Eccezionalmente il Tribunale tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data da un lato 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 (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine). Dall'altro il giudice delle assicurazioni sociali può, per ragioni di economia processuale, considerare, ai fini della valutazione, anche uno stato di fatto posteriore alla data di emanazione della decisione amministrativa impugnata ed estendere così temporalmente l'oggetto della lite. Un tale modo di procedere è tuttavia lecito solo nella misura in cui lo stato di fatto subentrato successivamente alla pronuncia della decisione impugnata, che implica, a partire da tale momento, una nuova valutazione giuridica della controversia, sia stato sufficientemente accertato nel rispetto dei diritti

procedurali delle parti, segnatamente del diritto di essere sentiti (DTF 130 V 138 consid. 2.1). A quest'ultimo proposito l'amministrazione deve essersi pronunciata perlomeno tramite una dichiarazione processuale (DTF 130 V 501 consid. 1.2).

E. 5.3.1

Nel caso in esame oggetto del contendere con riferimento alla decisione del 24 marzo 2014, è in particolare il diritto di A. _____ di percepire una rendita di invalidità, in particolare la questione se era adempiuto il presupposto dell'anno di attesa di cui all'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Secondo l'amministrazione, essendo intervenuto un miglioramento dello stato di salute da febbraio 2014, l'anno di attesa non era dato, decorrendo l'incapacità lavorativa dal 15 maggio 2013 (anche doc. TAF 11 pag. 2). Con decisione del 30 marzo 2015, alla luce della nuova documentazione prodotta dall'assicurato e della perizia esperita dal CPAS su ordine dell'UAI, l'amministrazione ha ritenuto l'assicurato inabile al lavoro in misura diversa dal 1° aprile 2014, ha tuttavia rifiutato il diritto alla rendita in quanto il grado di invalidità era pari al 35%. Pendente causa di ricorso tuttavia l'amministrazione ha proposto l'ammissione parziale del gravame riconoscendo il diritto dell'assicurato di percepire un quarto di rendita dal 1° aprile 2015, trascorso l'anno d'attesa.

E. 5.3.2

In simili condizioni è senza dubbio giustificato, a titolo eccezionale, estendere l'oggetto impugnato da un punto di vista temporale, per motivi di economia processuale fino alla pronuncia della decisione del 30 marzo 2015. L'amministrazione ha infatti già proceduto ad eseguire l'istruttoria, sperando gli accertamenti necessari a stabilire lo stato di salute e la capacità lavorativa dell'assicurato dal 1° maggio 2013 in poi, al fine di stabilire se era subentrato o meno un miglioramento. L'UAI si è pertanto già espresso sulla fattispecie in modo circostanziato fino al momento dell'emanazione della decisione del 30 marzo 2015 e quindi il diritto di essere sentito è rispettato. Il ricorrente dal canto suo ha preso posizione anche sulla situazione posteriore al 1° febbraio 2014 in sede amministrativa e pendente causa di ricorso. In simili condizioni questo Tribunale non deve limitare il proprio potere cognitivo alla sola data della decisione impugnata, ma può statuire, tenendo conto dell'istruttoria eseguita in seguito fino al momento della seconda decisione, seppur annullata in questa sede. Una soluzione diversa configurerebbe del resto un mero esercizio formale, contraria al principio della celerità valido nelle assicurazioni sociali.

E. 6.1

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 6.2

Contestata in concreto è la decisione del 24 marzo 2014, con estensione dell'esame fino al 30 marzo 2015, mediante la quale l'UAIE ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione invalidità formulata da A. _____. Lo stato di fatto che produce conseguenze giuridiche (e meglio il diritto alla rendita di invalidità) si è realizzato a partire da maggio 2013. Ne discende che, in concreto, il diritto applicabile è quello in vigore da

quel momento fino al 30 marzo 2015. Si applicano quindi le norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, ossia le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

E. 7.1

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. 7.2

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. 7.3

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. 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. 7.4

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. 8

Nel caso in esame con la risposta di causa (doc. TAF 11) l'autorità inferiore ha formulato la proposta a questo Tribunale - accettata dal ricorrente - tendente ad accogliere parzialmente

il ricorso e attribuire all'interessato un quarto di rendita a far tempo dal 1° aprile 2015. Ciononostante, questo accordo non può essere considerato una transazione ai sensi dell'art. 50 cpv. 1 e 2 LPGGA, bensì unicamente una proposta all'autorità di ricorso, di cui il TAF deve esaminare la conformità al diritto federale, non essendo vincolato alle richieste delle parti (art. 62 PA; cfr. in proposito UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3a ed., 2015, ad art. 50 pag. 664 N 6 in fine). Inoltre non essendo la decisione del 24 marzo 2014 cresciuta in giudicato, i periodi d'incapacità lavorativa ivi stabiliti non possono essere ritenuti vincolanti.

E. 9

Ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: × essere invalido ai sensi della LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI); × aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4). Il ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione (doc. A 40 [formulario E 205 attestante la carriera assicurativa in Svizzera]).

E. 10.1

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

E. 10.2

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

E. 10.3

Giusta l'art. 29ter OAI, vi è interruzione notevole dell'incapacità al lavoro, secondo l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, allorché l'assicurato è stato interamente atto al lavoro durante almeno trenta giorni consecutivi.

E. 10.4

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 di 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. 11.1

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 il 50%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del TF I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 con rinvii).

E. 11.2

La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; 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 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. 12.1

Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; cfr. sentenze del TF 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1 e 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

E. 12.2

Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 232 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]). In particolare decisivo è, secondo la giurisprudenza, che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Per quanto attiene alle perizie/rapporti medici di

parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). 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. 13

Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGa e art. 69 OAI [RS 831.201]), l'UAIE esamina le domande concernenti le prestazioni d'invalidità, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno, in particolare circa lo stato di salute del richiedente, la sua attività, la sua capacità di lavoro e la sua idoneità all'integrazione. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a). Da questa massima consegue anche che l'autorità di ricorso non è vincolata dalle proposte delle parti (art. 62 PA).

E. 14

In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

E. 15

Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, op. cit., 3a ed., 2015, ad art. 42 N 30 pag. 561; sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cost. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

E. 16.1

Giusta l'art. 49 lett. b PA, l'accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti è un motivo di ricorso.

E. 16.2

Per l'art. 61 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso decide la causa o eccezionalmente la rinvia, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore. Il rinvio si giustifica, tra l'altro, soprattutto nell'ipotesi in cui i fatti non sono stati sufficientemente accertati (sentenza del TF 1C_277/2007 del 30 giugno 2008 consid. 2.2).

E. 17.1

In via preliminare questo Tribunale rileva che, al momento dell'emanazione della decisione del 24 marzo 2014, non era ancora trascorso l'anno di attesa, come rettamente rilevato nella decisione stessa, e parimenti non erano trascorsi i sei mesi dall'inoltro della domanda di rendita (il 15 novembre 2013), necessari per far nascere l'eventuale diritto alla rendita (in concreto il 1° maggio 2014). Dagli atti emerge infatti che l'interessato ha interrotto la propria attività lavorativa il 15 maggio 2013, in quanto affetto da sindrome ansioso-depressiva, che lo ha reso inabile al lavoro al 100% dal 15 maggio al 31 dicembre 2013 e al 50% in gennaio 2014 (consid. C).

E. 17.2

Nella decisione del 30 marzo 2015 l'amministrazione ha inoltre attestato che l'incapacità lavorativa dell'assicurato nell'attività di magazziniere e in tutte le attività decorreva dal 1° aprile 2014, in particolare nella misura del 60% dal 1° aprile 2014 al 31 luglio 2014 e del 40% dal 1° agosto 2014. Pendente causa il diritto ad un quarto di rendita è stato fatto risalire al 1° aprile 2015, dopo la scadenza dell'anno d'attesa. Il periodo dal 1° febbraio al 30 marzo 2014 è stato quindi implicitamente considerato interruttivo dell'anno di attesa ai sensi dell'art. 29ter OAI.

E. 17.3

In concreto va pertanto esaminato in primo luogo se dal 1° febbraio al 30 marzo 2014 si è realizzata un'interruzione rilevante dell'incapacità lavorativa ai sensi del succitato art. 29ter OAI e pertanto dell'anno di attesa, ciò che il ricorrente contesta alla luce del rapporto medico dettagliato dello psichiatra curante dott. L._____. Se così non fosse il diritto alla rendita sorgerebbe già dal 1° maggio 2014 (sei mesi dopo la presentazione della domanda e trascorso un anno d'attesa).

E. 18.1

In sede di risposta l'amministrazione, a motivazione della propria proposta ha addotto che il ricorrente non ha presentato nuovi elementi oggettivi atti a confutare gli atti sui quali l'UAIE ha fondato la propria decisione, che le capacità lavorative ritenute dovevano essere confermate, che si doveva tenere conto del fatto che il ricorrente, nell'aprile 2014, ha compiuto 62 anni, che il contratto di lavoro era ancora in vigore, che egli poteva pertanto sfruttare la propria capacità lavorativa residua e che, allo scadere di un anno di attesa, l'interessato presentava un grado d'invalidità del 40%.

E. 18.2.1

L'amministrazione si è in particolare fondata: × sulla perizia psichiatrica del CPAS del 16 ottobre 2014 (doc. A 56); × sul rapporto SMR del 4 novembre 2014 (doc. A 57); × sul complemento del rapporto SMR del 24 dicembre 2014 (doc. A 69); × sul rapporto del consulente in integrazione professionale del 2 febbraio 2015 (doc. A 70).

E. 18.2.2

In via preliminare va rilevato che la perizia del dott. O._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, (...) del CPAS, del 16 ottobre 2014 (doc. A 56) si fonda su informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento del ricorrente, sulle risultanze delle visite dell'insorgente nonché sulla documentazione medica agli atti. Il rapporto peritale contiene una lista degli atti considerati ai fini della valutazione (informazioni tratte dall'incarto dell'autorità inferiore comprensivo

dell'incarto dell'assicuratore malattia), l'anamnesi, gli esami clinici, le indicazioni del peritando, quelle di terzi (colloquio telefonico con il dott. L. _____), la diagnosi, la discussione, le conseguenze sulla capacità lavorativa, nonché le conclusioni. Tale perizia può pertanto essere considerata, da un punto di vista formale, un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute del ricorrente e della sua capacità lavorativa residua. Il dott. O. _____ del CPAS, ha in particolare posto la diagnosi di sindrome da disadattamento dal maggio 2013, evoluta in un episodio depressivo di media gravità da gennaio 2014, ma in miglioramento da agosto 2014 in un episodio depressivo di grado lieve-medio (ICD-10 - F32.1). La malattia ha comportato un'incapacità lavorativa (intesa come riduzione del rendimento) nella professione abituale del 60% (almeno) da maggio 2013 a luglio 2014 e del 40% da agosto 2014.

E. 18.2.3

Il dott. P. _____ del SMR, fondandosi sulla perizia del CPAS, ha posto quale diagnosi principale con influo sulla capacità lavorativa un episodio depressivo di grado medio (F32.1; codice infermità 642) e quale diagnosi senza influo sulla capacità lavorativa la dipendenza da alcol, attualmente in remissione da alcuni mesi (doc. A 57 pag. 1). Il medico ha considerato l'assicurato inabile al lavoro al 60% da maggio 2013 a luglio 2014 e al 40% da agosto 2014 e continua (intesa come attività al 100% con riduzione del rendimento), sia nell'attività abituale, che in attività adeguate (doc. A 57 pag. 2 e doc. A 69).

E. 18.3

Visto quanto sopra dalla documentazione medica, su cui l'amministrazione ha fondato la propria decisione, non emerge un'interruzione dell'incapacità lavorativa da febbraio a marzo 2014, bensì una riduzione del rendimento del 60% da maggio 2013 fino a luglio 2014 compreso ed un miglioramento da agosto 2014 (riduzione del rendimento pari al 40%).

E. 18.4

Il ricorrente dal canto suo aveva chiesto con scritto del 3 aprile 2014 di sospendere la causa perché lo stato di salute non era migliorato e aveva indicato che avrebbe, come di fatto avvenuto, trasmesso una perizia dello psichiatra curante. Il dott. L. _____ aveva in particolare posto la diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva di entità medio-grave (ICD-10; F43.22) in evoluzione verso una sindrome depressiva persistente (doc. A 34 pag. 3 [e doc. A 42 pag. 3]), riservandosi di produrre ulteriore documentazione medica a suffragio delle proprie rivendicazioni. Egli ha in particolare precisato che "da quanto emerge dalla valutazione clinica effettuata negli incontri avuti è difficile poter pensare che il signor A. _____ abbia avuto un miglioramento tale nel mese di dicembre da poterlo ritenere abile in misura completa dal febbraio 2014. In effetti si tratta di una psicopatologia che è diventata via via più ingravescente in questi mesi ..." (doc. A 34 pag. 4 [e doc. A 42 pag. 4]). Egli ha quindi concluso per un'inabilità lavorativa pari al 100% e continua.

E. 18.5

Alla luce di quanto sopra esposto non si può senz'altro ritenere, contrariamente a quanto indicato dall'amministrazione, che l'incapacità lavorativa si è interrotta nei mesi di febbraio e marzo 2014. L'opinione del dott. H. _____, incaricato dall'assicuratore malattia, secondo cui l'interessato sarebbe stato abile al lavoro in maniera totale dal 1° febbraio 2014, non è stata confermata da nessun medico che ha esaminato l'interessato, tantomeno dal perito incaricato dall'UAI, dott. O. _____. L'anno di attesa non è nemmeno stato interrotto dai

tentativi di ripresa lavorativa del ricorrente, in quanto questi, intervenuti verso agosto 2013 e in gennaio 2014, sono stati di breve durata (doc. A 20, 23 pag. 1, 26 pag. 1, 34 pag. 4 [e 42 pag. 4], 56 pag. 6 e doc. B 53 pag. 2). Non avendo l'interessato ripreso l'attività, né presentato una capacità lavorativa per trenta giorni consecutivi, non vi è stata interruzione dell'incapacità lavorativa. In simili condizioni la decisione impugnata, facendo decorrere l'anno d'attesa da aprile 2014, viola il diritto federale. L'anno in esame, la cui riduzione di rendimento era pari al 60%, decorre quindi da maggio 2013 e l'eventuale diritto alla rendita, tenuto conto del termine di sei mesi dalla presentazione della domanda, da maggio 2014. Su questo punto il ricorso va pertanto accolto.

E. 19.1

Prima della risposta di causa il ricorrente ha sostenuto di essere totalmente inabile al lavoro così come attestato dal dott. L._____, specialista in psichiatria e psicoterapia. Dopo il preavviso dell'UAI l'assicurato ha tuttavia ammesso un grado di invalidità del 40%.

E. 19.2

Questo Tribunale osserva che la perizia del dott. L._____, del 29 aprile 2014 (doc. A 34 e da 42-1 a 42-4 e doc. B 48) così come la risposta del medesimo al dott. H._____ del 17 luglio 2014 (doc. A 49-6 a 49-7) potrebbero essere ritenute confacenti per la determinazione dello stato di salute del peritando così come la conseguente capacità lavorativa. Infatti la perizia riporta l'anamnesi, l'analisi dei documenti a disposizione, la diagnosi, lo status psicopatologico, la valutazione e procedere, nonché la farmacoterapia. Tuttavia, le stesse sono superate, risultano meno attuali rispetto alla perizia presentata dal dott. O._____ del CPAS. Quest'ultima è più recente e tiene in considerazione un periodo molto più ampio, ossia tutto il periodo a partire da quando è sopraggiunta la malattia nel maggio 2013 fino all'ottobre 2014 (momento della redazione della perizia). Il ricorrente inoltre non ha inviato nuova documentazione, né prodotto osservazioni del dott. L._____ alla perizia del dott. O._____ che confutassero quanto da quest'ultimo esposto. Il perito del CPAS ha infatti attestato un miglioramento a far tempo da agosto 2014, che non figura nello scritto del 17 luglio 2014 (antecedente o concomitante al miglioramento) del dott. L._____, ma che è stato riconosciuto nel colloquio telefonico avvenuto nell'ottobre 2014 con il perito incaricato dall'autorità inferiore. Il patrocinatore del ricorrente si limita inoltre a presentare delle contestazioni "prudenziali", troppo vaghe e generiche. Il ricorrente è tenuto infatti a circostanziare le proprie censure ed allegazioni, deve spiegare i motivi per cui le conclusioni mediche ritenute dall'autorità inferiore non hanno valore probatorio. I documenti medici di cui agli atti, su cui si è fondato l'UAIE, sono inoltre sufficientemente chiari e possono essere ritenuti un mezzo di prova pertinente e completo, in quanto privi di contraddizioni, motivati e concludenti. I periti medici dispongono inoltre della specializzazione per potersi determinare. Il ricorrente non ha in particolare contestato il valore probatorio della perizia del CPAS e agli atti non vi sono elementi per scostarsi da tali risultanze. In simili condizioni il ricorrente da maggio 2013 presentava un'incapacità lavorativa del 60% e da agosto 2014 del 40% (intesa come riduzione del rendimento).

E. 20.1

Secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla sua invalidità (DTF 130 V 97 consid. 3.2 con rinvii). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della

sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (sentenza del TF I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

E. 20.2

Ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato. Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali (DTF 126 V 75).

E. 20.3.1

Nella fattispecie l'UAIE, nel proprio preavviso, ha ritenuto esigibile per l'insorgente, di anni 63 al momento della redazione della risposta, sulla base della perizia psichiatrica del CPAS, del rapporto finale del SMR, del suo complemento, nonché del rapporto del consulente in integrazione professionale, l'esercizio, nella misura del 40% fino a luglio 2014 e del 60% a decorrere dal 1° agosto 2014, dell'attività abituale di magazziniere, così come indicato dal dott. O. _____ (presso il proprio datore di lavoro con il quale il contratto di lavoro era ancora in vigore, preavviso allegato al doc. TAF 11 pag. 3 e doc. A 47). L'autorità inferiore ha quindi considerato che il tasso d'incapacità lavorativa, del 60% prima e del 40% in seguito, corrispondeva al grado d'invalidità. Ha dunque effettuato il cosiddetto "Prozentvergleich" (cfr., sulle condizioni di un siffatto calcolo, le sentenze del TF 8C_463/2012 del 3 agosto 2012 consid. 4.2 con rinvii; 9C_1/2011 del 22 febbraio 2012; 9C_882/2010 del 25 gennaio 2011 consid. 7.1 a 7.3; 9C_947/2008 del 29 maggio 2009; DTF 114 V 310 consid. 3a; 104 V 135 consid. 2b; sentenze del TAF C-668/2012 del 19 marzo 2014 e C-2644/2011 del 4 luglio 2012). In altre parole, l'insorgente essendo in grado di riprendere al 40% prima e al 60% (inteso come riduzione del rendimento) da agosto 2014 il suo precedente lavoro di magazziniere, la perdita di guadagno corrisponde all'incapacità di lavoro.

E. 20.3.2

Considerata l'età del ricorrente e il fatto che ha svolto per quasi quarant'anni la stessa attività, l'opinione dell'amministrazione può essere condivisa. In proposito va infatti rilevato che l'assicurato, al momento dell'allestimento della perizia da parte del CPAS, aveva raggiunto l'età a partire dalla quale la giurisprudenza considera che, di principio, realisticamente non vi è più la possibilità di mettere a frutto la residua capacità lavorativa sul mercato del lavoro generale supposto equilibrato (DTF 138 V 457 e sentenza del TF 9C_728/2012 del 31 dicembre 2012 consid. 5.1). Il Tribunale federale ritiene in particolare raggiunta questa età quando la persona assicurata è vicina all'età del pensionamento (sentenze del TF 9C_725/2012 del 4 marzo 2013 consid. 3 e 9C_651/2008 del 9 ottobre 2009 consid. 6.2.2.2). Correttamente quindi l'UAIE non ha proceduto ad eseguire il raffronto dei redditi considerando un'attività adeguata, come indicato dal SMR, bensì ha tenuto conto dell'attività abituale di magazziniere, il cui contratto presso la B. _____ è rimasto in vigore fino alla data del prepensionamento il 1° maggio 2015 (doc. A 11, 38, 46 e 47 [cfr. anche decisione della CSC del 28 maggio 2015, doc. TAF 9 e allegati]).

E. 20.4

Visto quanto sopra esposto l'interessato ha pertanto diritto a tre quarti di rendita dal 1° maggio 2014, dopo un anno di attesa, durante il quale la riduzione del rendimento era pari al 60% (art. 28 cpv. 1 e 2 LAI) e un quarto di rendita d'invalidità da novembre 2014, trascorsi

tre mesi dall'intervenuto miglioramento della capacità lavorativa (riduzione del rendimento del 40%, art. 88a cpv. 1 OAI). Ne consegue che le richieste ricorsuali presentate in via subordinata vengono accolte, mentre la decisione impugnata è annullata. Gli atti di causa vanno trasmessi all'autorità inferiore, affinché esegua il calcolo delle prestazioni ai sensi di legge.

E. 21.1

Visto l'esito della causa non si prelevano spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA).

E. 21.2

La domanda di assistenza giudiziaria è divenuta priva di oggetto.

E. 22.1

Ritenuto che l'insorgente, vittorioso in causa, è rappresentato in questa sede da un mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità ridotta a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg., in particolare art. 7 cpv. 2 TS-TAF).

E. 22.2

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, il giudice fisserà un'indennità sulla base degli atti (art. 14 cpv. 2 TS-TAF). In virtù dell'art. 7 cpv. 1 TS-TAF, la parte vincente ha diritto alle ripetibili per le spese necessarie derivanti dalla causa. Secondo gli art. 8 e 9 cpv. 1 TS-TAF, le ripetibili comprendono, fra l'altro, le spese di patrocinio, ossia l'onorario dell'avvocato, ed i disborsi, quali, segnatamente, le spese di fotocopiatura, le spese di porto e le spese telefoniche. L'art. 10 cpv. 1 e 2 TS-TAF precisa che l'onorario dell'avvocato è calcolato in funzione del tempo necessario alla rappresentanza della parte; la tariffa oraria per gli avvocati oscilla tra un minimo di fr. 200.- e un massimo di fr. 400.-.

E. 22.3

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 dell'avvocato (cfr. sentenze del TF 9C_284/2012 del 18 maggio 2012 consid. 6 e I 452/05 del 27 novembre 2006 consid. 5.5). 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. L'attività di quest'ultimo, suscettibile di essere considerata, non può comprendere le azioni inutili o superflue. Inoltre, le iniziative intraprese prima della promozione della fase processuale non possono - di principio e salvo eccezioni - essere ritenute (cfr., per il principio, la sentenza del TF I 452/05 del 27 novembre 2006 consid. 5.6 con rinvii; cfr., per le eccezioni, DTF 112 Ib 353 consid. 3a in fine [possono quindi essere inclusi anche i passi anteriori alla fase processuale quando questi sono necessari per la preparazione della procedura di ricorso]).

E. 22.4

Nel caso concreto, il ricorrente ha chiesto il riconoscimento dell'importo di fr. 4'636.75 a titolo di spese ripetibili (fr. 3'930.- a titolo di onorario [15 ore x fr. 250.-/h e 1 ora x 180.-/h], fr. 363.30 quali spese vive e fr. 343.45 quale imposta sul valore aggiunto), secondo

la nota d'onorario (allegata al doc. TAF 13).

E. 22.4.1

Tenuto conto delle particolarità del caso concreto, dell'insieme delle circostanze e della portata delle questioni in fatto ed in diritto che si pongono nel caso in esame, la richiesta di fissare la tariffa oraria a fr. 250.- per quanto concerne i colloqui in studio, lo studio dell'incarto, la stesura degli allegati e la corrispondenza, può essere ammessa (cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-822/2011 del 12 febbraio 2013 consid. 8.2.4 con rinvii).

E. 22.4.2

In concreto la nota d'onorario trasmessa, risulta tuttavia troppo elevata considerati la complessità della causa ed il lavoro svolto dal mandatario professionale. Occorre pertanto procedere ad una moderazione della stessa. In particolare l'avvocato ha indicato di avere impiegato un totale di nove ore per lo studio dell'incarto e l'allestimento dell'integrazione al ricorso (cfr. nota d'onorario, pag. 1, voci dell'11 giugno 2015 e dell'11/15 giugno 2015). Ciò non appare giustificato in quanto l'incarto non è particolarmente voluminoso, le censure o i temi sollevati in fase ricorsuale non sono particolarmente complessi ed il compito del mandatario è di principio facilitato dalla massima inquisitoria. Appare giustificato riconoscere un dispendio orario di sette ore anziché le nove dichiarate dal patrocinatore. Il professionista ha anche precisato di avere consacrato 100 minuti correlati ad ottenere presso il dott. L. _____ "delucidazioni sullo stato di salute del cliente e sulla connessa inabilità al lavoro; sottoposto quesiti" e relativa lettera di sollecito (cfr. nota d'onorario, pag. 2, voci del 17 giugno 2015 e dell'8 luglio 2015), rispettivamente 40 minuti di colloqui telefonici con l'ufficio del medico, il medico ed il proprio cliente in merito (cfr. nota d'onorario, pag. 2, colloqui telefonici del luglio 2015), oltre a ulteriori 90 minuti in data 28 luglio 2015 per l'esame del rapporto steso dal dott. L. _____ il 24 luglio 2015. Richiamata la giurisprudenza precedentemente esposta, secondo cui non possono essere comprese nel rimborso delle spese ripetibili quelle azioni inutili o superflue, e ritenuto che questo Tribunale non ha mai ricevuto il rapporto redatto dal dott. L. _____ il 24 luglio 2015, il dispendio orario indicato nella nota non può essere ammesso, e pertanto, neppure le spese vive ivi riferite (pari a fr. 52.30). Lo stesso vale per tutti quegli atti inerenti il prepensionamento del ricorrente essendo la procedura dinanzi la CSC estranea alla procedura dinanzi al TAF. Sono pertanto da escludere le spese di scritturazione per l'allestimento della procura presentata alla CSC di fr. 5.- (cfr. nota d'onorario, pag. 2, voce del 24 giugno 2015), 10 minuti per l'allestimento della lettera alla CSC e le relative spese vive di fr. 10.- (cfr. nota d'onorario, pag. 2, voce del 1° luglio 2015). Date le circostanze della fattispecie, si può ammettere un dispendio orario di 9 ore e 40 minuti a fr. 250.- e 20 minuti a fr. 180.- (consulenze telefoniche). Nel suo insieme, lo stesso può senz'altro essere ammesso, tenuto conto dell'importanza e delle difficoltà della lite nonché dell'ampiezza del lavoro svolto dall'avvocato, in causa non senza qualche difficoltà.

E. 22.4.3

Sono altresì rimborsabili, secondo il medesimo ragionamento, dei disborsi di fr. 296.- (fr. 363.30 dedotti fr. 52.30 in merito alla richiesta di una controperizia al medico curante e fr. 15.- in merito alla procedura dinanzi alla CSC).

E. 22.4.4

Infine, considerato che per prestazioni di avvocati fornite a persone domiciliate all'estero non è dovuta l'IVA (v. art. 1 cpv. 2 in correlazione con gli art. 8 cpv. 1 e 18 cpv. 1 della

legge federale concernente l'imposta sul valore aggiunto [LIVA, RS 641.20]), la stessa non può essere indennizzata (cfr. sulla questione, fra le tante, le sentenze del TAF C-3457/2011 del 10 maggio 2012 consid. 11.1 e C-1677/2011 del 13 gennaio 2012 consid. 5.3; l'IVA è per contro eccezionalmente dovuta in caso ammissione del gratuito patrocinio conformemente alla sentenza del TF 6B_498/2014 del 9 settembre 2015).

E. 22.4.5

In conclusione, la nota d'onorario "moderata" in questa sede è fissata in fr. 2'772.70 (9 ore e 40 minuti a fr. 250.- [= fr. 2'416.70], 20 minuti a fr. 180.- [= fr. 60.-], addizionati ai disborsi di fr. 296.-), tenuto conto del lavoro svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per spese ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

E. 22.5

La domanda di gratuito patrocinio è priva di oggetto. (dispositivo alla pagina seguente)

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