

# **BVGer C-3204/2014 vom 6. Juli 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-07-06, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3204\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3204_2014)

FR: TAF C-3204/2014 du 6 juillet 2016

IT: TAF C-3204/2014 del 6 luglio 2016

## **Regeste**

Revisione della 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 portate 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 visto che l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

### **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 anche dopo il 31 marzo 2014. 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 12 maggio 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. 3.1**

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea. È applicabile quindi, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra parte, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681). Il ricorrente ha soggiornato in Brasile dal giugno 2009 (consid. B.b) a inizio 2012 (doc. TAF 1) e quindi non nel periodo contestato.

### **E. 3.2**

L'Allegato II, che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame è disciplinato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'Allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base alla quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971, 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 (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente, e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento), ed il Regolamento (CEE) n° 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del Regolamento (CEE) n° 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

### **E. 3.3**

Secondo l'art. 3 del Regolamento (CEE) n° 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'Allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore del presente Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola i sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), 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 257 consid. 2.4).

#### **E. 4**

Oggetto del contendere è il diritto del ricorrente di percepire una rendita intera d'invalidità anche dopo il 31 marzo 2014, segnatamente il grado di inabilità lavorativa in attività adeguate. Secondo l'insorgente infatti, vista l'inutilizzabilità dell'arto sinistro, l'esigibilità di un'attività leggera non può essere considerata totale e pertanto va rivalutata da un organismo medico idoneo (specializzato). Dal canto suo l'amministrazione ritiene sufficienti i dati emersi dagli accertamenti eseguiti dall'assicuratore infortuni e che non vi sono pertanto elementi per procedere ad ulteriori accertamenti.

#### **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

abituamente in Svizzera (art. 13 LPGA), 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA 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 oggettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA, 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 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, 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 LPGA; 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**

Una rendita limitata e/o crescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa. In base a tale norma se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

#### **E. 7.2**

Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201), la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

#### **E. 7.3**

L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

#### **E. 7.4**

Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI.

#### **E. 8.1**

Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGa), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio gli accertamenti necessari e

raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

### **E. 8.2**

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 consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

### **E. 8.3**

Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3).

### **E. 8.4**

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. 8.5**

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. 8.6**

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione - o come in concreto di

assegnazione retroattiva di una rendita temporanea - se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.3).

### **E. 8.7**

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. 9.1**

La diagnosi emersa nel caso in esame è deducibile dall'incarto INSAI. L'amministrazione AI, infatti, non ha proceduto ad alcun accertamento interno e nemmeno ad un eventuale riassunto e condivisione di quanto accertato presso l'assicuratore infortuni con un medico proprio. Solo una breve nota del Dott. E. \_\_\_\_\_ del 13 febbraio 2014 (doc. 52), a cui è stato chiesto se erano necessari ulteriori accertamenti, ritenuto che vi era anche la diagnosi di artrosi acromioclavicolare, non di pertinenza dell'assicurazione infortuni (doc. 51), indica che è possibile "concludere come da parametri SUVA" (si confronti anche la stringata presa di posizione del medesimo medico del 26 marzo 2014, doc. 61). Alla luce di quanto emerge dalla visita di chiusura del 6 dicembre 2013 (doc. 136 inc. INSAI) eseguita dal Dott. B. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia generale e della mano e dal relativo rapporto dell'11 dicembre 2013, questa Corte può ritenere da una parte la diagnosi di esiti di infortunio del 4 gennaio 2010 (presa a carico), ossia lesione della cuffia dei rotatori della spalla sinistra con acromioplastica e ricostruzione della cuffia in special modo il tendine sovraspinato il 19 febbraio 2010 (Dott. D. \_\_\_\_\_, chirurgo ortopedico); nuovo trauma contusivo della spalla sinistra già precedentemente operata su infortunio professionale del 28 novembre 2011 con recidiva di lesione del sovraspinato ed infraspinato della spalla sinistra e ricostruzione artroscopica della cuffia dei rotatori il 6 settembre 2012 (Dott. C. \_\_\_\_\_, chirurgo ortopedico). D'altra parte il medico indica espressamente, quali diagnosi non di pertinenza dell'INSAI (doc. 136 pag. 6; si confronti la risonanza magnetica della colonna vertebrale del 13 giugno 2013, doc. 117 inc. INSAI), una spondilouncoartrosi in assicurato con discopatia cronica C5/C6 e C6/C7 con associate alterazioni osteocondrali e lieve protrusione discale. È stata pure accertata dal Dott. B. \_\_\_\_\_ artrosi acromioclavicolare a sinistra (risonanza magnetica della spalla sinistra dell'8 febbraio 2012). Secondo i disturbi oggettivi consistono in dolori diffusi alla spalla sinistra con importante riduzione dei movimenti attivi. La diagnosi posta non è contestata dal ricorrente.

### **E. 9.2.1**

Per quanto riguarda le conseguenze del danno alla salute sulla capacità lavorativa, va rilevato che l'INSAI ha concesso indennità giornaliera, dapprima in esito all'incidente del 4 gennaio 2010 in modo alterno, visto che l'assicurato ha più volte tentato di riprendere la propria attività lucrativa (per il dettaglio cfr. doc. 69 inc. INSAI) e poi continua dalla data del secondo infortunio il 28 novembre 2011 fino alla 28 febbraio 2014 (doc. 141 inc. INSAI).

### **E. 9.2.2**

Il medico dell'INSAI nel rapporto di chiusura (doc. 136 inc. INSAI) ha inoltre rilevato quanto segue: "Esigibilità al lavoro: sollevare e portare pesi: l'assicurato può sollevare e portare pesi molto leggeri fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi senza limitazioni e pesi leggeri fra i 5 kg e 10 kg fino all'altezza dei fianchi senza limitazione, pesi medi fra i 10 e i 25 kg fino all'altezza dei fianchi spesso, pesi pesanti fra i 25 e i 45 kg mai. L'assicurato può sollevare fino all'altezza del petto pesi fino ai 5 kg, oltre i 5 kg ma non superiori ai 15 kg. Maneggio di attrezzi leggeri e di precisione e medi senza limitazione, lavoro pesante manuale rozzo di raro, molto pesante mai, rotazione mano possibile. Posizione e mobilità: lavori sopra la testa mai esigibili. Rotazione del tronco, posizione seduta inclinata in avanti/in piedi e inclinata in avanti senza limitazione come pure la posizione inginocchiata di flessione delle ginocchia. Posizione di lunga durata seduta e in piedi e/o libera scelta possibile. Spostamento: l'assicurato può camminare fino ed oltre i 50 metri per lunghi tratti su terreno accidentato senza limitazione, salire le scale molto spesso, su scale a pioli mai. Uso delle due mani possibile. Nessun problema di equilibrio o stare in equilibrio" L'esperto INSAI non ha tuttavia concluso indicando una percentuale di capacità di lavoro per questi lavori adatti alla sua condizione, bensì ha utilizzato l'espressione "nella misura massima possibile a partire dal 1° gennaio 2014" (doc. 136 inc. INSAI, pag. 6).

### **E. 10.1**

Alla luce di quanto sopra esposto emerge che l'Ufficio AI cantonale ha semplicemente fatto proprie le conclusioni dell'INSAI in assenza quasi completa di parere medico proprio, a parte le brevissime note del Dott. E. \_\_\_\_\_ del 13 febbraio 2014 (doc. 52, 61). Inoltre, parimenti molto riassuntivo e praticamente silente è il "rapporto" del CIP del 12 febbraio 2014 (doc. 50) peraltro svolto prima della stesura della nota da parte del Dott. E. \_\_\_\_\_ (cfr. supra consid. 8.2, 8.3). Questo atto amministrativo non spiega inoltre i motivi per i quali l'assicurato non sarebbe riformabile professionalmente, né indica concretamente le attività sostitutive che lo stesso potrebbe intraprendere dopo l'insorgenza dell'invalidità.

### **E. 10.2**

Al riguardo l'art. 59 cpv. 2bis LAI ricorda che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di

competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'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 (sentenza del TF 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

### **E. 10.3**

Questo Tribunale rileva che l'autorità inferiore, nella decisione impugnata, sotto la sezione "esiti degli accertamenti" indica: "in sede di valutazione del diritto alle prestazioni di A. \_\_\_\_\_ abbiamo evinto che egli è stato vittima di un infortunio in data 28 novembre 2011 che gli ha comportato la completa incapacità di lavoro fino al 31 dicembre 2013 (...). Nei casi tutelati da SUVA, in assenza di patologie extrainfortunistiche invalidanti, l'ufficio AI di norma si conforma nell'emissione della propria decisione a quanto stabilito dall'assicuratore competente. In sede di visita medica di chiusura del 6 novembre 2013, SUVA ha stabilito che l'attività abituale di operaio edile dell'assicurato non è più da considerarsi esigibile. Risulta tuttavia confacente l'esercizio a tempo pieno di attività adeguate e leggere con sollevamento pesi di 5 kg senza limitazioni a decorrere dal 1° gennaio 2014. Abbiamo quindi provveduto a definire il grado d'invalidità di A. \_\_\_\_\_ in funzione della capacità residua di guadagno (...)".

### **E. 10.4**

Ora, la menzionata decisione non consente di farsi un'idea dell'insieme delle affezioni di cui soffre il ricorrente e neppure delle attività in cui il medesimo potrebbe mettere a profitto la sua residua capacità di lavoro -talmente il rapporto CIP è succinto - (è fatto riferimento ad un'attività adeguata e leggera con sollevamento di pesi di 5 kg). La decisione appare fondata solo sul rapporto finale INSAI del Dott. B. \_\_\_\_\_. Come detto per quanto emerge dalla carte processuali, l'UAI si è in effetti limitato ad assumere agli atti l'incarto INSAI e effettuare il calcolo dell'incapacità di guadagno il 5 febbraio 2014 (doc. 47), peraltro prima ancora che un consulente specialista in integrazione professionale si esprimesse (succintamente) alle attività concretamente esigibili il 12 febbraio 2014 (doc. 50). Non è però dato di sapere, né di comprendere per quale ragione detta autorità abbia rinunciato a far visitare l'interessato dal proprio SMR, essendo la sintetica nota del Dott. E. \_\_\_\_\_ (doc. 52), che non dispone neppure della specializzazione del caso, manifestamente insufficiente per poter consentire all'UAI cantonale di trasporre le risultante INSAI in ambito AI. Il medico AI infatti avrebbe dovuto chinarsi anche sulle patologie extra-infortunistiche, lo si ricorda, sono state rilevate chiaramente dal Dott. B. \_\_\_\_\_ alla pagina 6 del suo rapporto (doc. 136 inc. INSAI) e appaiono oggettivate dalle risonanze magnetiche eseguite. Inoltre, il medico avrebbe dovuto esprimersi in termini percentuali sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato, poiché la definizione di "misura massima possibile" utilizzata nel rapporto INSAI, non appare sufficientemente chiara, non significando necessariamente che l'abilità lavorativa sia del 100%, come concluso nella decisione impugnata. In queste circostanze, ossia in assenza di una dettagliata relazione medica da parte di un consulente specialista dell'UAI (per esempio il SMR) ed,

eventualmente, di visita medica propria del servizio medico con conseguente rapporto, la decisione impugnata non può essere avallata. Essa si fonda infatti su un accertamento incompleto e quindi errato dei fatti rilevanti - l'INSAI non attesta chiaramente una capacità lavorativa completa in attività adeguate, pertanto non è noto quale sia la reale misura a partire da gennaio 2014 - ed è inoltre contraria alle risultanze processuali, non riferendosi palesemente la diagnosi posta dall'INSAI unicamente a danni infortunistici, ma al contrario essendo state accertate numerose affezioni di altra natura. In simili condizioni l'amministrazione non ha pertanto dimostrato in modo convincente che è intervenuto un miglioramento dello stato di salute rispettivamente della capacità lavorativa ai sensi dell'art. 17 LPGA da inizio gennaio 2014 con effetto dal 31 marzo 2014, sì da consentire la soppressione delle prestazioni AI.

### **E. 11.1**

Oltretutto, nel rapporto CIP del 12 febbraio 2014 (doc. 50) si indica in modo apodittico, dopo aver semplicemente riportato gli impedimenti lavorativi descritti dal Dott. B. \_\_\_\_\_, che "considerando il suo percorso professionale non si prende in considerazione una riforma professionale". Questa considerazione non è sufficientemente motivata e apparentemente viola le disposizione in materia di provvedimenti d'integrazione. Il mandato di aiuto al collocamento è inoltre stato chiuso in occasione del primo colloquio, senza alcun approfondimento (doc. 68).

#### **E. 11.1.1**

Al riguardo va rilevato che per l'art. 8 LAI gli assicurati invalidi o minacciati da un'invalidità (art. 8 LPGA) hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto: a. essi siano necessari ed idonei per ripristinare conservare o migliorare la loro capacità di guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete; b. le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute. I provvedimenti d'integrazione sono: a. i provvedimenti sanitari; abis. I provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale; b. i provvedimenti professionali (orientamento, prima formazione professionale, riforma professionale, collocamento, aiuto in capitale; c. (...) e d. la consegna di mezzi ausiliari. Secondo l'art. 28 LAI l'integrazione ha la priorità sulla rendita, la cui assegnazione entra in linea di conto solo se i provvedimenti integrativi non sono attuabili. Nell'ambito di una domanda di rendita, così come nell'ambito di una revisione, l'amministrazione deve quindi dapprima accertare d'ufficio la questione dell'integrazione dell'assicurato nel circuito economico (DTF 126 V 243 consid. 5; 121 V 190).

#### **E. 11.1.2**

Va altresì evidenziato che prima di ridurre o sopprimere la rendita di invalidità l'amministrazione deve esaminare se la capacità lavorativa, di cui l'assicurato dispone da un punto di vista medico teorico corrisponde, praticamente, ad un miglioramento della capacità di guadagno e quindi si traduce in una riduzione del grado di invalidità o se invece è necessario porre in atto preventivamente delle misure d'osservazione professionale (alfine di stabilire l'attitudine al lavoro, la resistenza allo sforzo, ecc.) rispettivamente di reintegrazione professionale ai sensi di legge. Secondo la giurisprudenza infatti in determinate situazioni si deve ammettere la necessità di porre in atto provvedimenti professionali, malgrado l'esistenza di una capacità lavorativa medico teorica. Si tratta in particolare dei casi in cui la riduzione o la soppressione del diritto alla rendita tramite revisione (art. 17 LPGA) o riesame (art. 53 cpv. 2 LPGA) riguarda assicurati che hanno

compiuto 55 anni o hanno beneficiato di una rendita per almeno quindici anni. Ciò non significa che, nell'ambito di una procedura di revisione o di riesame, questa categoria di assicurati possa prevalersi di un diritto acquisito. Si ammette soltanto che un reinserimento professionale, senza sostegno, non può, salvo eccezioni, essere preteso a causa dell'età o della durata del versamento della rendita (sentenze del TF 9C\_920/2013 consid. 4.4 del 20 maggio 2014, SVR 2011 IV no 73 pag. 220 consid. 3.3 e 3.5, sentenze del TF 9C\_367/2011 consid. 3.2 e 3.3 del 10 agosto 2011).

### **E. 11.2**

In concreto l'assicurato, nato nel novembre 1958, al momento della pronuncia della decisione impugnata aveva quasi 56 anni, mentre ne aveva 55 nell'istante in cui il Dott. E. \_\_\_\_\_ ha ritenuto di far proprie le considerazioni dell'INSAI. Alla luce della giurisprudenza suesposta quindi, prima di procedere alla soppressione della rendita, andava accertato, da parte dell'UAIE, se una reintegrazione professionale era ammissibile o meno in concreto. Al riguardo emerge da un lato dall'incarto INSAI, in più punti, che il ricorrente si è sempre dichiarato disponibile ad una riformazione professionale e che i medici l'hanno consigliato in tal senso (cfr. per esempio: rapporto del Dott. D. \_\_\_\_\_ del 19 aprile 2012, rapporto visita intermedia INSAI dell'8 maggio 2012, doc. 87 inc. INSAI, pag. 4; rapporto di colloquio con i responsabili INSAI del 14 novembre 2012, doc. 95 inc. INSAI; rapporto del Dott. D. \_\_\_\_\_ del 22 aprile 2013, doc. 111 inc. INSAI; visita medica di chiusura INSAI, doc. 136 inc. INSAI). Dall'altro va peraltro osservato che l'interessato è stato più volte ascoltato dai responsabili dell'INSAI, oltre che dai medici incaricati di accertare la situazione sanitaria e procedere ad interventi operatori, mentre non risulta che il CIP abbia convocato l'assicurato (prima della decisione impugnata), ai fini di accertare se la capacità lavorativa residua era concretamente realizzabile, limitandosi a redigere il succinto rapporto del 12 febbraio 2014 (doc. 50) solo sulla base degli atti. In simili circostanze, anche nell'ipotesi in cui la capacità lavorativa residua dell'assicurato in attività adatte fosse stata stabilita correttamente, la rendita di invalidità dell'assicurato non avrebbe potuto essere soppressa, non essendo stata verificata la possibilità di realizzare concretamente l'abilità lavorativa.

### **E. 11.3**

Da quanto suesposto discende che il provvedimento querelato, che viola il diritto federale e poggia su accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, va annullato.

### **E. 11.4**

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-3548/2012 del 10 luglio 2013 consid. 11.1). 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 e 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

### **E. 11.5**

Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione. La cassazione si giustifica per il fatto che dovranno essere eseguiti i necessari accertamenti

medici, segnatamente da un punto di vista ortopedico e reumatologico, essendo completamente carente una valutazione complessiva che tenga conto dei danni alla salute riconducibili sia a malattia che a infortunio, così come una valutazione globale della capacità lavorativa residua da gennaio 2014 (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4). Va inoltre effettuato ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse rendere necessario.

#### **E. 11.6**

Alla luce delle nuove risultanze istruttorie l'UAIE dovrà poi effettuare un confronto dei redditi tenuto conto delle possibili attività sostitutive adeguate per verificare se dal gennaio 2014 è intervenuta una modifica rilevante del grado di invalidità (tenuto conto del fatto che una deduzione del 13% dal reddito da invalido non è conforme al diritto federale, si confronti in proposito sentenza del TF 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013). Infine l'amministrazione dovrà pronunciarsi pure sulla possibilità di realizzare concretamente l'eventuale capacità lavorativa residua ai sensi della giurisprudenza di cui al consid. 12.1.2.

#### **E. 11.7**

Occorre peraltro rilevare che, nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti, 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° novembre 2012 al 31 marzo 2014 attribuita all'insorgente con decisione del 12 maggio 2014, e conseguente alla problematica ortopedica di origine infortunistica, è già definitivamente acquisita (cfr., su questo punto, la sentenza del TAF C-4809/2011 del 23 aprile 2012 consid. 13.2), perlomeno fino alla data della decisione impugnata (limite di cognizione temporale nel caso di specie), non è contestata dalle parti ed è suffragata dagli atti dell'incarto.

#### **E. 11.8**

Visto l'esito della procedura non vengono prelevate spese processuali (art. 63 PA), mentre l'anticipo di fr. 400.- versato dal ricorrente l'11 luglio 2014 gli viene restituito.

#### **E. 11.9**

Si giustifica altresì per gli stessi motivi l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili, essendo l'assicurato patrocinato in causa (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]). L'importo, 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 primo rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)