

BVGer C-320/2014 vom 18. Januar 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-01-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-320_2014

FR: TAF C-320/2014 du 18 janvier 2016

IT: TAF C-320/2014 del 18 gennaio 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, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

E. 1.4

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo relativo alle spese processuali è stato inoltre versato nel termine impartito.

E. 2

Giusta l'art. 49 PA Il ricorrente può far valere la violazione del diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere di apprezzamento; l'accertamento inesatto o incompleto di fatti giuridicamente rilevanti; l'inadeguatezza (questa censura non è ammissibile quando

un'autorità cantonale ha giudicato come autorità di ricorso).

E. 3

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato 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. Dal canto loro 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 si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

E. 4

Secondo il principio dell'applicazione d'ufficio del diritto il TAF non è vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). La Corte adita può quindi accogliere il ricorso per motivi diversi da quelli fatti valere oppure confermare la decisione impugnata adducendo una motivazione diversa da quella indicata dall'istanza inferiore (cfr. HÄBERLI, in: Praxiskommentar VwVG, Art. 62 N 40). L'autorità di ricorso può modificare la decisione impugnata a vantaggio di una parte (art. 62 cpv. 1 PA), essa può quindi andare oltre le richieste delle parti e attribuir loro più di quanto richiesto.

(Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 227 Rz. 3.199).

E. 5

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 6 dicembre 2013. 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. 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 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 del principio pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 6.2

Contestato in concreto è il diritto di A._____ di percepire una rendita di invalidità anche dopo il 31 gennaio 2014. Ne consegue che è applicabile la LAI nel tenore vigente dal 1°

gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603; 6a revisione della LAI).

E. 7.1

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. 7.2

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. 7.3

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. 8

Oggetto del contendere è la questione se lo stato di salute dell'assicurato è migliorato in misura tale da giustificare, come sostiene l'UAIE, una piena capacità lavorativa in attività confacenti, che tengano conto di tutte le limitazioni elencate dal perito dell'INSAI, e pertanto anche la soppressione del diritto alla rendita a far tempo dal 1° febbraio 2014.

E. 9.1

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. 9.2

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

E. 9.3

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. 9.4

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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 9.5

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. 9.6

La nozione di invalidità in ambito AI coincide con quella vigente in ambito LAINF e nell'assicurazione militare (art. 16 LPGGA; DTF 127 V 129 consid. 4d; 133 V 549 consid. 6). Se il danno alla salute è il medesimo, la valutazione dell'invalidità in ambito AI, LAINF e assicurazione militare dovrebbe condurre al medesimo grado di invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; 126 V 288 consid. 2a con rinvii). Un assicuratore non è tuttavia vincolato ad una decisione emessa da un altro ente per esempio nel caso in cui il grado di invalidità risulta da un accordo intercorso tra le parti (DTF 127 V 129 consid. 4d; 126 V 288 consid. 2a) rispettivamente si fonda su un errore di diritto (DTF 126 V 288 consid. 2a). Se inoltre in DTF 126 V 288 il TF ha relativizzato il carattere vincolante di una valutazione dell'invalidità passata in giudicato nei confronti di un assicuratore contro gli infortuni nel senso che una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità entrava in linea di conto eccezionalmente e a condizione che sussistessero motivi pertinenti, in DTF 133 V 549 il Tribunale federale (TF) ha precisato la propria giurisprudenza concludendo che la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni non vincola l'assicurazione per l'invalidità ai sensi della precedente giurisprudenza (DTF 126 V 288) e, di conseguenza, l'Ufficio AI non è legittimato a interporre opposizione, rispettivamente ricorso, contro la decisione, rispettivamente contro la decisione su opposizione, dell'assicuratore infortuni sulla questione del diritto alla rendita in quanto tale o sul grado d'invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; sentenza del TF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 10).

E. 10.1

Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, 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. 10.2

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. 10.3

La giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). La semplice valutazione diversa di circostanze di fatto rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non può infatti giustificare un riesame incondizionato del diritto alla rendita (cfr. anche: Rudolf

Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, p. 15). Per le rendite dell'assicurazione invalidità, infine, anche una modifica di poco conto dello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (DTF 133 V 545 consid. 6 con riferimenti a dottrina e giurisprudenza).

E. 10.4

L'istituto della revisione è stato concepito per tenere conto di modifiche riguardanti la situazione personale degli assicurati, quali lo stato di salute e fattori economici. Non ne fanno per contro parte i dati statistici essendo dei fattori esterni (DTF 133 V 545 consid. 7.1 pag. 548). Al riguardo il Tribunale federale ha precisato - in una vertenza in cui lo stato di salute era rimasto invariato - che modifiche di poco conto nei dati statistici salariali non giustificano una revisione, nemmeno se, a seguito di queste modifiche, il valore limite viene superato per eccesso o per difetto (DTF 133 V 545 consid. 7.3 pag. 549). Per le stesse considerazioni, la possibilità di procedere ad una revisione va ugualmente negata se la modifica dei soli valori statistici è di un certo rilievo. Se infatti risulta che il motivo effettivo per una revisione del diritto alla rendita risiede nella modifica dei valori statistici (tabellari), simile operazione deve essere esclusa (sentenza 9C_696/2007 succitata pubblicata in RTiD 2010 II p. 197 consid. 5.3).

E. 10.5

Va ancora rilevato che nel diritto delle assicurazioni sociali, fatte salve le disposizioni transitorie e, se del caso, la presenza di diritti acquisiti, le decisioni inizialmente non erranee riguardanti prestazioni durevoli vanno di regola adattate alle modifiche di legge risultanti dall'intervento del legislatore (DTF 121 V 157 consid. 4a pag. 161 seg.). Per contro, una nuova prassi amministrativa o giudiziaria non giustifica, di principio, la modifica di prestazioni durevoli fondate su una decisione cresciuta in giudicato (DTF 129 V 200 consid. 1.2 pag. 202; 121 V 157 consid. 4a pag. 162; 120 V 128 consid. 3b pag. 132 con riferimenti).

E. 10.6

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. 10.7

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. 11.1

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. Il Tribunale federale 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. 11.2

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 oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la concludenza. 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. 11.3

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 assume 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. 11.4

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. 12.1

Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto relativa all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata sottoposta ad esame materiale tramite contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108).

E. 12.2

In concreto il periodo di riferimento è pertanto quello intercorrente fra la decisione del 29 marzo 2011 (doc. 43), con cui è stata erogata una rendita intera AI all'assicurato ed il 6 dicembre 2013. Di contro non può essere ritenuta decisione a titolo d'appoggio dell'esame comparativo la comunicazione di conferma del diritto alla rendita AI del 24 novembre 2011 (doc. 47) in quanto la procedura è stata del tutto sommaria, l'Ufficio AI cantonale essendosi limitato a confermare la precedente decisione.

E. 13.1

Ai fini dell'assegnazione della rendita intera AI l'autorità amministrativa si era fondata esclusivamente sulle risultanze dell'INSAI. Nel marzo 2011 (decisione di riconoscimento), l'assicurato si presentava ancora, per l'assicuratore infortuni, in pieno processo di cura. Dal 2008 al 2012 si sono infatti succedute otto operazioni alla spalla sinistra, seguite da periodi più o meno lunghi di convalescenza e/o fisioterapia. Va detto che, praticamente, tutte le operazioni precedenti quella del 5 agosto 2011 (artroscopia del 23 gennaio 2008, artroscopia del 16 settembre 2008, ristabilizzazione del blocco osseo della cresta iliaca e capsula shift del 10 febbraio 2009, artroscopia-capsulotomia e ricostruzione del sottoscapolare del 30 ottobre 2009, ricostruzione aperta del glenoide con osso dalla cresta iliaca del 31 maggio 2010, nuova artrodesi della spalla sinistra dell'11 gennaio 2011) non hanno sortito l'esito sperato.

E. 13.2

Solo l'intervento del 5 agosto 2011, posteriore alla data della decisione di riconoscimento della rendita intera da parte dell'UAIE, ha avuto un discreto successo. Infatti, nel novembre 2011 è stata constatata una consolidazione dell'artrodesi e è stata espressa una prognosi favorevole. La sindrome algica tuttavia non è migliorata e, infine, gli stessi specialisti della Clinica E._____, il 21 maggio 2013, hanno ammesso di non intravedere ulteriori opzioni terapeutiche per i dolori pur sempre lamentati dall'assicurato, ritrasmettendo il caso all'INSAI, con preghiera di procedere all'esecuzione di una perizia indipendente al fine di stabilire l'invalidità del paziente (doc. 90 pag. 3; (cfr. inc. INSAI da doc. 90 a 94:).

L'assicuratore infortuni non vi ha tuttavia proceduto, effettuando una visita di chiusura tramite il proprio medico di circondario Dott. I._____, specialista in chirurgia ortopedica (cfr. per un riassunto anamnestico: visita di chiusura INSAI, Dott. I._____ del 16 luglio 2013, doc. INSAI 94 in toto).

E. 13.3.1

In occasione della procedura di revisione del diritto alla rendita, avviata nel luglio 2012 (doc. 51), l'Ufficio AI cantonale ha richiamato agli atti la documentazione medica

dell'INSAI (doc. 56, 60, 62). Nel rapporto del 16 agosto 2012, il Dott. O. _____ del SMR, la cui specializzazione non è nota, ha in particolare dichiarato che, al momento della redazione del rapporto finale da parte dell'INSAI, si sarebbe dovuto verificare se vi erano anche patologie di origine non infortunistica. In tale ipotesi l'UAI avrebbe dovuto procedere ad una valutazione peritale supplementare. In caso contrario l'esame eseguito dall'INSAI sarebbe stato rilevante (doc. 55).

E. 13.3.2

Senza tuttavia procedere alla verifica indicata dal proprio SMR né ad alcun accertamento supplementare, nella decisione di soppressione della rendita l'UAI ha addotto che dagli atti acquisiti in sede d'istruttoria, omettendo di precisare di che documenti si tratta, segnatamente dal profilo medico teorico, risulta che lo stato di salute dell'assicurato è stabilizzato ed ora presenta una capacità lavorativa del 100% nell'esercizio di un'attività adeguata alle limitazioni dettate dal danno alla salute a decorrere dal 1° settembre 2013 (doc. 87 pag. 2 e 3). In simili condizioni l'UAI ha pertanto presumibilmente fatto proprie, senza sottoporre il caso al SMR - agli atti non risulta infatti alcun referto riassuntivo di tale servizio - le conclusioni del rapporto finale del Dott. I. _____ dell'INSAI.

E. 13.4

Per quanto è della diagnosi, il Dott. I. _____ ha rilevato uno stato dopo stabilizzazione artroscopica della spalla sinistra su lesione di Bankart dopo lussazione e riduzione spontanea avvenuta il 12 novembre 2007, stato dopo stabilizzazione secondo Latarjet il 16 settembre 2008, stato dopo nuova stabilizzazione con blocco osseo del bacino il 10 febbraio 2009, stato dopo ricostruzione del sottoscapolare il 30 ottobre 2009, stato dopo plastica del genioide e transfer del pettorale maggiore il 1° giugno 2010, stato da artrodesi della spalla sinistra l'11 gennaio 2011 e di nuova artrodesi il 5 ottobre 2011, stato da rimozione del materiale di osteosintesi, scapolotomia mediale e resezione del tubercolo Luscke il 9 ottobre 2012". Dal canto suo l'assicurato ha dichiarato di avere costantemente dolori, sentire scricchiolii alla mobilizzazione avanti e indietro, crampi a livello del braccio sinistro e del pettorale sinistro, un formicolio in tutta la mano se è fermo e se appoggia il braccio questo si addormenta completamente (doc. 95 INSAI pag. 4). Oggettivamente, secondo l'esperto, vi è un'importante riduzione della mobilità al cingolo omeroscapolare sinistro, ma buona mobilità del successivo gomito e della mano che conservano buona forza residua. Anch'egli come gli specialisti della Clinica E. _____ (cfr. inc. INSAI 90), non intravede più alcuna particolare terapia da proporre e, oltracciò, consiglia che il paziente non debba nemmeno più continuare con la terapia di rinforzo muscolare. Solo in futuro, in caso di necessità (a scopo antalgico e miorelassante) potrà, se del caso, riprendere sedute fisioterapiche. Il Dott. I. _____ ha quindi concluso dichiarando la situazione stabilizzata a tutti gli effetti stabilendo di comune accordo con l'assicurato l'esigibilità del lavoro e ritenendo come acquisito che lo stesso non potrà più riprendere quello di muratore/carpentiere. In particolare "L'assicurato non ha limiti nel sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, può spesso sollevare e portare pesi dai 5 ai 10 kg fino all'altezza dei fianchi e non può più portare pesi superiore ai 10 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurato può talvolta sollevare pesi fino a 5 kg oltre l'altezza del petto e non può più sollevare pesi superiore ai 5 kg oltre l'altezza del petto. L'assicurato non ha limiti nel maneggiare attrezzi leggeri e di precisione, può spesso maneggiare attrezzi di media entità, ma non può più maneggiare attrezzi pesanti o molto pesanti; la rotazione manuale, in assicurato destrimane, non è impedita. L'assicurato non può più eseguire lavori al disopra della testa, può molto

spesso effettuare la rotazione del tronco, può molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, può molto spesso assumere la posizione inginocchiata e può molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato non ha limiti nell'assumere la posizione seduta o in piedi di lunga durata, l'assicurato non ha limiti nel camminare anche per lunghi tragitti, non ha limiti nel camminare su terreni accidentati, non ha limiti nel salire le scale, ma non può più salire su scale a pioli" Infine, il Dott. I. _____ ha quindi attestato che "l'assicurato si dichiara d'accordo con quanto valutato" (doc. 95 pag. 5 e 6).

E. 14.1

In sede di ricorso l'assicurato ha trasmesso un'elettroencefalografia con elettromiografia del 10 gennaio 2014 (esame allegato al doc. TAF 2), ordinata dal Dott. M. _____, medico chirurgo, in seguito al manifestarsi di parestesie (doc. TAF 1 allegato C) e di ipoestesia e ipostenia (caduta di oggetti dalle mani, referto del 17 gennaio 2014 allegato al doc. TAF 2), da cui emerge una lieve sofferenza neurogena periferica di tipo cronico nel territorio C3, C4, C5 e C6 a sinistra. In seguito alla presenza di alterazioni di plurime radici nervose è stata pure eseguita una TAC della colonna cervicale in data 7 aprile 2014 (doc. TAF 12). In proposito il Dott. P. _____, del reparto di neurochirurgia dell'azienda ospedaliero-universitaria "XXXXXXX" di YYYYYY, nel rapporto del 15 maggio 2014, osserva quanto segue (doc. TAF 2, 10 in toto): "Vedo il Sig. A. _____ (recte: A. _____) di 31 anni già visitato per cervicalgia insorta da 2-3 anni con disestesie bilaterali agli arti superiori. Era stato operato nel 2008 per artrodesi dell'arto superiore destro (recte: sinistro) articolazione della spalla e da allora ha subito 8 interventi. In occasione di tali cure ad un'EMG era stata rilevata una sofferenza radicolare C3-4-5-6 sinistra. Riferisce parestesie ad entrambi gli arti superiori con senso di impaccio motorio e fenomeni vasomotori all'avambracci. L'ultima TAC cervicale del 7 aprile 2014 documenta una osteofitosi C5-C6 paramediana sinistra. E.O.N Tono nei limiti della norma, ipotrofia della muscolatura dell'articolazione della spalla sinistra con grave limitazione dei movimenti di articolarietà della spalla. ROT simmetrici. Ipoestesia tattile lungo tutto l'arto superiore sinistro a distribuzione pluriradicolare. Movimenti segmentari presenti e per quanto valutabili ipostenici all'arto superiore sinistro. Non Spurling, né Lhermitte. Il quadro del paziente è composito e risente principalmente del trauma e degli interventi subiti. L'osteofitosi C5-C6 a mio modo di vedere non giustifica se non in minima parte i disturbi lamentati. Le cicatrici degli interventi e l'incompleto recupero funzionale rendono conto dei disturbi lamentati e non si può escludere un risentimento del plesso brachiale. Anche la cervicalgia può essere condizionata dalla asimmetria della muscolatura per cui non vi sono indicazioni per un intervento chirurgico. Utile rivalutazione di uno specialista ortopedico di chirurgia della spalla."

E. 14.2

La documentazione medica esibita in sede di ricorso (certificati dei Dott.ri M. _____, N. _____ e P. _____, nonché un EMG, un'elettroencefalografia, e una TAC cervicale, referti datati da gennaio fino a maggio 2014, doc. TAF 1, doc. TAF 2 e 10), immediatamente posteriore alla data della decisione impugnata, è stata esaminata dal Dott. O. _____, specialista in medicina interna e medico SMR. Nel primo rapporto del 21 marzo 2014 egli indica che dai rapporti del Dott. M. _____ e del Dott. N. _____ non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione dell'INSAI e che vi sarebbe assenza di patologia invalidante extra infortunistica. Nel secondo rapporto del 17 giugno 2014 (doc. TAF 12) egli rileva come il referto del neurologo Dott. P. _____, fondato peraltro su esami

strumentali e radiologici, evidenzi una funzionalità della spalla sinistra ridotta, circostanza ampiamente ammessa dalle risultanze INSAI. L'attuale TAC cervicale mostra delle alterazioni di tipo degenerativo a più livelli senza però rilevare un chiaro coinvolgimento radicolare che potrebbe spiegare i disturbi (algici) dell'assicurato.

E. 15.1

Nel caso in esame, come emerge dalle considerazioni precedenti, l'amministrazione si è fondata, per sopprimere il diritto alla rendita di A. _____, esclusivamente sulle conclusioni espresse dal Dott. I. _____, medico di circondario dell'INSAI, in occasione della procedura pendente in materia di assicurazione infortuni. L'UAI non ha pertanto sottoposto il rapporto interno dell'INSAI al proprio SMR, né per procedere ad eventuali accertamenti supplementari indipendenti ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 OAI - ad esempio per stabilire se ci fossero aspetti extrainfortunistici come aveva espressamente consigliato il Dott. O. _____ all'inizio della procedura di revisione - né ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 per una consulenza in relazione ai successivi passi da intraprendere ai fini dell'assegnazione delle prestazioni (sentenza del Tribunale federale I 143/07 del 14 aprile 2007 consid. 3.3). Alla luce di quanto emerso dagli atti dell'incarto, in particolare dagli esami trasmessi immediatamente dopo la pronuncia della decisione impugnata, che hanno valore retrospettivo, come verrà precisato in seguito, le modalità applicate dall'UAIE per stabilire un eventuale miglioramento dello stato di salute del ricorrente non possono essere avallate da questa Corte. Il rapporto interno dell'INSAI non tiene infatti conto di tutti gli aspetti valetudinari del caso concreto, ma unicamente degli aspetti infortunistici e pertanto non può essere posto da solo alla base della presente vertenza.

E. 15.2

Al riguardo va in particolare rilevato che se è vero che nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore, un tale provvedimento (o perlomeno accertamenti complementari) deve tuttavia essere ordinato qualora sussistano anche solo dubbi minimi riguardo l'attendibilità e la conclusione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4, nel caso in esame un rapporto interno all'INSAI). Nel caso in esami tali dubbi sussistono alla luce della documentazione prodotta dall'assicurato.

E. 15.3

In primo luogo va rilevato che i medici della clinica E. _____, al momento della chiusura del caso - non essendo più possibile porre in atto cure per migliorare lo stato di salute dell'interessato - hanno ritornato l'incarto all'assicuratore infortuni, pregandolo espressamente di procedere ad una perizia indipendente per stabilire "l'invalidità" (recte: l'incapacità lavorativa) dell'assicurato e l'opportunità di ulteriori interventi consid. 13.2). L'INSAI non ha tuttavia dato seguito alla richiesta, fondandosi unicamente sul rapporto interno del proprio medico di circondario. Allo stesso modo ha proceduto l'UAIE, omettendo di sottoporre gli atti al SMR, malgrado l'annotazione del Dott. O. _____ del SMR del 16 agosto 2012, secondo cui "quando il rapporto finale sarà redatto si tratterà di verificare se vi sono danni alla salute non ritenuti di origine infortunistica" (doc. 55-1). Tale verifica non è tuttavia mai stata eseguita. Se è vero che il Dott. I. _____ non ha indicato espressamente danni extrainfortunistici, è pure vero che l'interessato si è ripetutamente lamentato di formicolii alla mano e all'arto superiore (doc. 94-4 e 5) e di disturbo di

sensibilità a tutte le dita (doc. 94/3 e 92/3), questione che non risulta essere stata approfondita e che anche secondo la generale esperienza della vita può indicare problemi di origine neurologica. L'esistenza di detti disturbi (parestesie) viene documentata pochi giorni dopo la decisione impugnata dal Dott. M. _____, (medico chirurgo, doc. TAF 1 allegato C), motivo per cui è stata eseguita un'elettroencefalografia da cui è emersa una lieve sofferenza neurogena periferica di tipo cronico nel territorio C3-C4-C5-C6 sinistra. Dalla TAC esperita per approfondire la problematica, è stata accertata la presenza di osteofiti (C2-C4, C5-C6). In particolare a livello C5-C6 sono state verificate alterazioni cervicodiscoartrosiche con ridotta ampiezza dello spazio discale, grossolana protrusione discale mediana-paramediana sinistra che comprime il sacco durale supportata da grossolano osteofita endocanalare marginale e restringimento degenerativo artrosico del recesso laterale e del forame di coniugazione a sinistra. In C6-C7 vi è una protrusione discale posteriore mediana e paramediana a sinistra. Il Dott. P. _____, neurochirurgo, ha quindi indicato un'osteofitosi e ipoestesia tattile lungo tutto l'arto superiore sinistro a distribuzione pluriradicolare. Al riguardo va rilevato che se è vero che il Dott. P. _____ ha concluso che l'assicurato risente principalmente degli esiti del trauma e degli interventi subiti alla spalla e che l'osteofitosi giustifica solo in minima parte i disturbi lamentati, è anche vero che, contrariamente a quanto attestato dall'UAIE, è verosimile alla luce degli accertamenti a cui si è sottoposto l'assicurato per spiegare le parestesie a mano e braccio, che non ci si trovi confrontati soltanto con disturbi conseguenti all'infortunio, bensì con problemi di natura neurologico/reumatologica. Tali accertamenti hanno senz'altro, nelle condizioni concrete, valore retrospettivo (consid. 5), ritenuto che il Dott. P. _____, ha affermato che la cervicaglia è insorta da due o tre anni con disestesie bilaterali agli arti superiori, di cui, come detto, l'assicurato si è sempre lamentato anche nei confronti dell'INSAI. In simili condizioni - malgrado la stabilizzazione e il presunto miglioramento dello stato di salute - l'UAIE non poteva fondarsi soltanto sul rapporto del Dott. I. _____, per procedere alla soppressione della rendita, bensì avrebbe perlomeno dovuto sottoporre per consulenza l'incarto al proprio SMR, che avrebbe valutato con cognizione di causa l'esistenza o meno e altresì la rilevanza di altri aspetti oltre a quelli infortunistici. Il fatto, infine, che il Dott. O. _____, che non dispone della specializzazione in neurologia, si sia espresso pendente causa sulla questione, non modifica l'esito della vertenza, bensì le sue prese di posizione non fanno altro che confermare l'esistenza di aspetti valetudinari estranei all'infortunio.

E. 16

Da quanto sopra esposto quindi se è senz'altro verosimile che è intervenuto un miglioramento dello stato di salute dell'assicurato in seguito alla stabilizzazione dello stato di salute da un punto di vista dell'assicurazione infortuni e meglio per quanto riguarda la spalla sinistra, è pur vero tuttavia che non è dato di sapere in che misura un tale miglioramento sia intervenuto da un punto di vista complessivo, ritenuto che non è stata accertata compiutamente la malattia neurologico/reumatologica né le conseguenze della stessa sulla capacità lavorativa. In simili condizioni non è neppure dato di sapere in che misura complessivamente la capacità lavorativa è limitata. Il ricorso va pertanto accolto e la decisione impugnata è annullata.

E. 17.1

In caso di annullamento della decisione il Tribunale amministrativo federale può sostituirsi all'autorità inferiore e statuire direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni

vincolanti, all'autorità inferiore per nuova decisione (cfr. sentenza del TAF C-4652/2012 del 18 aprile 2013). In particolare esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi o comunque sufficienti per statuire (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326).

E. 17.2

Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute e alle conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa, segnatamente tramite l'esperimento di una perizia bidisciplinare in neurologia e ortopedia/reumatologia (conformemente a quanto previsto in DTF 137 V 210, cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore nel caso in cui l'accertamento di uno - come nel caso in esame - o più aspetti è del tutto carente, DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; 139 V 99 consid. 1.1) e ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario, nonché a pronunciarsi nuovamente sul grado di invalidità dell'assicurato. Alla luce dei nuovi accertamenti l'UAIE si pronuncerà nuovamente sul grado di invalidità dell'assicurato rispettivamente sulla liceità di una revisione del diritto alla rendita con effetto dal 1° febbraio 2014.

E. 18

A titolo abbondanziale va precisato che la deduzione dal reddito da invalido è, secondo giurisprudenza costante, pari a un multiplo di cinque. L'importo dell'8% considerato dall'UAIE non è pertanto conforme al diritto federale e va adeguato in occasione del nuovo calcolo dell'invalidità.

E. 19.1

Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.-, versato il 10 febbraio 2014 (doc. TAF 5), è restituito al ricorrente.

E. 19.2

Si giustifica l'attribuzione di un'indennità per spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. della TS-TAF, RS 173.320.2 [cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia di assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, da profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione]). La stessa, in assenza di nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.-, importo forfettario comprensivo di spese, IVA esclusa, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dalla rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

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