

BVGer C-3917/2010 vom 5. Juli 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-07-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3917_2010

FR: TAF C-3917/2010 du 5 juillet 2012

IT: TAF C-3917/2010 del 5 luglio 2012

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

E. 1.2

Riservate le eccezioni - non realizzate nel caso di specie - di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero.

E. 1.3

In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.4

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

E. 2.1

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché 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 (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a

far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

E. 2.2

Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'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 il coordinamento dei 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 di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

E. 2.3

L'art. 80a LAI, nella versione in vigore fino al 31 marzo 2012, sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71. I nuovi Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009 relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, entrati in vigore il 1° aprile 2012 nei rapporti tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione Europea e che sostituiscono i Regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72, non sono altresì applicabili al caso concreto.

E. 2.4

Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.1

Secondo l'art. 2 LPGa, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

E. 3.2

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 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 5a revisione della LAI (cf. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGa, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). La domanda di una rendita AI

essendo stata presentata il 10 novembre 2006 e il medico SMR avendo ritenuto che il danno alla salute è intervenuto a far tempo dal 18 ottobre 2005 (cfr. doc. A 38-1), al caso in esame si applicano di principio le norme in vigore fino al 31 dicembre 2007. Peraltro, e per l'esame del diritto eventuale a una rendita, l'applicazione delle nuove norme della 5a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio 2008 al 22 aprile 2010 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito delle questioni sottoposte nel caso concreto all'esame di questo Tribunale (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_942/2009 del 15 marzo 2010 consid. 3.1; cfr. pure sentenza del Tribunale amministrativo federale C-4824/2010 del 31 maggio 2012 consid. 3.2). Al caso di specie, non sono altresì applicabili le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (FF 2010 1603). Pertanto, e salvo indicazione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2007.

E. 3.3

Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la richiesta di rendita il 10 novembre 2006. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 10 novembre 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 22 aprile 2010, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 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. sentenza del Tribunale federale 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 4

Secondo le norme applicabili, 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 29 cpv. 1 LAI); × aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI; rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante tre anni). Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 22 anni (v. doc. A 56-1) e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

E. 5.1

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. In caso d'incapacità al lavoro di lunga

durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA).

E. 5.2

Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter 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 LPGGA), 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 Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

E. 5.3

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

E. 5.4

Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c*).

E. 5.5

Va peraltro rammentato che in caso d'assegnazione retroattiva di una rendita scalare la data di modifica del diritto deve essere stabilita conformemente all'art. 88a OAI (cfr. sentenze del Tribunale federale 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti). Inoltre, il termine di attesa di 3 mesi dell'art. 88a OAI non può iniziare a decorrere prima della nascita del diritto ad una rendita, ossia del periodo di carenza legale di un anno (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_344/2010 del 1° febbraio 2011 consid. 4.2 in fine e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del Tribunale amministrativo federale C-2747/2009 del 17 maggio 2011).

E. 6.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). 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. 6.2

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

E. 6.3

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 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

E. 7.1

Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

E. 7.2

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, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale 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 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

E. 7.3

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. 8.1

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa

situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione - ad esempio quale perizia o rapporto - ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

E. 8.2

In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 8.3

Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse 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). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

E. 8.4

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. 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 quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 9.1

Dalla documentazione medica agli atti emerge che il ricorrente soffre segnatamente di gonartrosi sinistra di grado severo con gonalgia residua cronica, lombalgia ricorrente su alterazioni statico-degenerative e piccola ernia destra L4-L5, cervicalgia cronica su protrusioni discali multiple da C3 a C6, stato dopo trauma da schiacciamento con stato dopo osteosintesi omero destro, stato dopo lussazione acromioclavicolare a destra, stato da fratture costali bilaterali, stato da frattura dello sterno, stato da frattura spina iliaca superiore destra, stato da schiacciamento D8, stato dopo acromioplastica spalla destra e stato dopo artroscopia spalla destra, glaucoma occhio destro e occhio sinistro, stato dopo ricostruzione legamenti caviglia destra, stato dopo frattura dello scafoide destro, stato dopo revisione artroscopia ginocchio destro e ginocchio sinistro.

E. 9.2

Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante un anno.

E. 10.1

Nel caso di specie, l'oggetto litigioso è la questione di sapere se il ricorrente abbia diritto, anche dopo il 31 marzo 2008, a (perlomeno) una mezza rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, come da lui postulato.

E. 10.2

Nel rapporto medico del 9 giugno 2009 (doc. A 38-1), i dott. G._____ (specialista in psichiatria) e H._____ (specialista in medicina interna) hanno rilevato che l'assicurato ha subito un trauma da schiacciamento nell'ottobre 2005 e che lamenta cervicalgia, dolore dorso-lombare, dolore alla spalla destra, parestesie alla mano destra e sinistra e gonalgia al ginocchio sinistro. Detti medici hanno constatato che la cervicalgia e la dorsalgia sono riscontrabili soprattutto nei movimenti di flessione e rotazione del rachide e nelle posizioni statiche, che l'elevazione dell'arto superiore destro fino al piano orizzontale è impossibile, che la forza di presa alla mano destra risulta conservata, che il referto di risonanza magnetica dell'agosto 2008 evidenzia delle protrusioni discali da C3 a C7 ed un'ernia discale destra L4-L5 e che la valutazione clinica permette di escludere una sintomatologia riferibile ad irritazione radicolare della regione cervicale e lombare. Hanno altresì osservato che la sintomatologia cervicale e dorsale risulta stazionaria dal 2007, che le limitazioni alla spalla destra risultano stazionarie dopo la riabilitazione post-artroscopia (del settembre 2007) e che la mobilità della spalla e dell'arto superiore di destra risulta invariata da gennaio 2008. Inoltre, i medici SMR hanno segnalato che l'assicurato ha un aspetto curato, un atteggiamento collaborante, un orientamento spazio-temporale adeguato, mimica espressiva, eloquio spontaneo, attenzione e concentrazione integre, memoria buona, pensiero nella norma, percezione adeguata ed istinto vitale mantenuto. La persistenza dei dolori, con conseguente limitazione delle attività, e la perdita del lavoro si sono accompagnate ad uno stato di demoralizzazione correlato alla situazione esistenziale di incertezza sia economica che professionale. Tale stato si è riacutizzato dopo la decisione dell'(assicurazione) E._____ dalla quale (l'assicurato) si è sentito sottovalutato e abbandonato ed a seguito della fine di un rapporto affettivo in cui aveva molto investito. Le risorse evidenziate sono rappresentate da una buona motivazione di una ripresa di un lavoro e alla ricerca di un sostegno e aiuto in questo senso. Detti medici hanno infine osservato che, dal punto di vista psichiatrico, l'anamnesi raccolta, la documentazione clinica a disposizione e il decorso clinico non permettono di evidenziare la presenza di un disturbo dell'umore o di una sindrome da disadattamento secondo la classificazione DSM o ICD, in quanto i sintomi espressi non soddisfano per numero, intensità e pervasività i criteri per un disturbo psichico, e che (l'assicurato) non presenta elementi diagnostici che orientino verso la presenza di un disturbo di personalità. Dal punto di vista internistico-reumatologico, hanno ritenuto che l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa del 100% dal 18 ottobre 2005, del 50% dal maggio 2007 (tentativo di ripresa lavorativa) e del 100% fino al gennaio

2008 nella precedente attività di magazziniere-falegname (con mansioni di costruzione di grosse protezioni in legno da utilizzare nei trasporti), ma, sempre a decorrere da gennaio 2008 (ossia 4 mesi dopo l'ultima artroscopia [del 6 settembre 2007]) una capacità lavorativa di 4 ore e mezza al giorno con un rendimento ridotto del 50% nella precedente professione e una capacità lavorativa sull'intera giornata con un rendimento ridotto del 20% in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute.

E. 10.3

Questo Tribunale osserva che la valutazione peritale pluridisciplinare del giugno 2009 del SMR si fonda su informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento del ricorrente, sulle risultanze della visita dell'insorgente nonché sulla documentazione medica agli atti. Il rapporto medico comporta l'anamnesi, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni del peritando, la diagnosi nonché la discussione. Pertanto, tale rapporto può, con un'eccezione di cui si dirà di seguito, essere considerato un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute del ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata. In particolare, e sulla base della documentazione medica agli atti, non sussistono in effetti elementi per scostarsi da detta valutazione peritale in merito allo stato di salute e della capacità lavorativa dell'insorgente a partire da giugno del 2009 (giorno dell'effettuazione della valutazione peritale pluridisciplinare). Per contro, per i motivi che saranno indicati di seguito, v'è motivo di scostarsi dalla valutazione SMR del giugno 2009 sulla residua capacità lavorativa in un'attività sostitutiva adeguata per il periodo anteriore alla valutazione peritale pluridisciplinare con riferimento al momento dell'avvenuto miglioramento delle condizioni di salute del ricorrente fissato nella perizia a gennaio del 2008 poiché la stessa, basata su mera ipotesi (miglioramento intervenuto 4 mesi dopo l'ultima artroscopia del 6 settembre 2007) non trova un riscontro oggettivo nelle indicazioni fornite da medici incaricati dalla E._____ che hanno visitato personalmente il ricorrente nel periodo determinante. Incontestata è invece la valutazione medica del SMR che consente al ricorrente di beneficiare di una rendita intera dal 1° ottobre del 2006 almeno fino al 31 marzo del 2008.

E. 10.4

Come già rilevato, i medici SMR hanno ritenuto che l'insorgente fosse nuovamente in grado di lavorare all'80% in un'attività confacente allo stato di salute da gennaio del 2008, vale a dire 4 mesi dopo l'intervento di artroscopia del settembre 2007. Ora, nel rapporto di visita medica del 29 gennaio 2008 (doc. A 51-1), il dott. D._____, specialista in chirurgia ortopedica (medico incaricato dall'assicurazione E._____), conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso di specie ha ritenuto indispensabile di chiedere un secondo parere circa la portata sulla capacità lavorativa delle affezioni alla spalla destra. Nel rapporto medico del 24 aprile 2008 (doc. B 56-1), il dott. K._____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha ritenuto, a decorrere dalla data della consultazione (del 23 aprile 2008), che sarebbe stata sensata la ripresa di un'attività lavorativa adeguata a fini terapeutici. Lo specialista non ha comunque indicato una specifica capacità lavorativa, tanto meno la natura della stessa (stage d'osservazione al fine di una verifica dell'effettiva capacità lavorativa?). Stante queste premesse, non è possibile dedurre dal rapporto medico del 24 aprile 2008 una completa capacità lavorativa del ricorrente in attività sostitutiva adeguata in un mercato del lavoro equilibrato già a partire dal 23 aprile 2008 (data della visita medica). Nel rapporto di dimissioni del 22 luglio 2008 della Clinica di riabilitazione di C._____

(consecutivo ad un soggiorno dal 17 giugno al 22 luglio 2008 e basato su un'anamnesi completa ed un esame accurato delle affezioni anche extra-infortunistiche; doc. B 60-1), i medici hanno rilevato che il paziente soffre di affezioni legate all'infortunio dell'ottobre 2005, di dolori alla spalla destra con limitazione funzionale, di una sindrome lombospondilogenica con alterazioni degenerative e di dolori alle ginocchia, hanno indicato che il medesimo è stato sottoposto ad un programma di formazione ergonomica (v. doc. B 63-1) e ad un colloquio psichiatrico ed hanno ritenuto che l'esercizio di un lavoro leggero (o anche semipesante) confacente allo stato di salute durante tutto il giorno è esigibile. Peraltro, nel rapporto di visita medica di chiusura del 14 agosto 2008 (doc. B 65-1), il dott. D._____ ha concluso, sulla base del rapporto dell'aprile 2008 del dott. K._____ e del rapporto del luglio 2008 della Clinica di riabilitazione di C._____, che l'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata è esigibile. Non è quindi dato sapere su quale documento medico si fondi la valutazione dei medici SMR, secondo cui sussisteva una capacità lavorativa dell'80%, dunque un miglioramento dello stato di salute del ricorrente, già a partire da gennaio del 2008. Detto apprezzamento non trova sostegno neppure nel rapporto del luglio 2008 della Clinica di riabilitazione di C._____, senza che sia stata indicata dai medici SMR una ragione plausibile per una valutazione diversa della fattispecie sulla sola base degli atti di causa e senza che appaia ad un esame d'ufficio della fattispecie una ragione per scostarsi dalle conclusioni del menzionato rapporto della Clinica di riabilitazione di C._____. Questo Tribunale ritiene pertanto che non sussistono agli atti di causa sufficienti elementi concludenti di un miglioramento, nel senso della probabilità preponderante, dello stato di salute del ricorrente intervenuto nel corso del mese di gennaio del 2008 giustificante la soppressione della rendita d'invalidità a partire dal 31 marzo 2008 (peraltro, e quand'anche, per denegata ipotesi, detto miglioramento fosse intervenuto nel corso del mese di gennaio, la rendita non avrebbe potuto essere soppressa prima del 30 aprile 2008, dal momento che il miglioramento sarebbe intervenuto non prima del 6 gennaio 2008, ossia 4 mesi dopo l'ultima visita artroscopia del 6 settembre 2007 [cfr., sulla questione, la sentenza del Tribunale federale 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 4 in fine]). In conclusione, il miglioramento dello stato di salute del ricorrente è intervenuto con verosimiglianza preponderante il 22 luglio 2008. In effetti, dal momento che nel rapporto della clinica di C._____ non è indicato il momento preciso a partire dal quale vi sarebbe stato un miglioramento significativo dello stato di salute dell'assicurato, si presume che il miglioramento sia intervenuto il giorno dell'effettuazione del rapporto, il quale corrisponde nel caso concreto anche all'ultimo giorno del soggiorno in clinica. Non sussistono altresì elementi per ritenere che una nuova valutazione peritale sulla base degli atti di causa circa il momento dell'avvenuto miglioramento dello stato di salute del ricorrente nel 2008 possa fornire conclusioni più probanti di quelle fondate sulle visite specialiste effettuate presso la clinica di C._____ nel luglio del 2008. Si giustifica pertanto l'attribuzione di una rendita intera dal 1° ottobre 2006 - come peraltro ritenuto a giusto titolo, sia rilevato a titolo del tutto abbondanziale, anche dall'autorità inferiore - fino al 31 ottobre 2008, allorché il miglioramento è durato tre mesi (v., sulla questione della decorrenza del termine dei tre mesi di cui all'art. 88a cpv. 1 OAI, la già citata sentenza del Tribunale federale 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 4 in fine).

E. 10.5

Il ricorrente ha certo fatto valere in sede di ricorso, perlomeno implicitamente, di avere diritto ad una rendita intera anche ulteriormente, ossia anche dopo il 31 ottobre 2008, in quanto le affezioni di cui soffre non gli consentirebbero di svolgere alcuna attività lucrativa.

Agli atti di causa non figura comunque alcun documento medico di data anteriore alla decisione impugnata che concluda sulla base di esami oggettivi ad un'incapacità lavorativa in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute superiore a quella del 20% ritenuta dai medici SMR anche dopo la valutazione di cui al rapporto della clinica di C. _____ del 22 luglio 2008 e successivamente della perizia del SMR del giugno 2009 (concordanti per il periodo a decorrere dal 22 luglio 2008). In particolare, la relazione medica del 20 maggio 2010 del dott. I. _____, specialista in chirurgia (doc. TAF 1), esibita dal ricorrente nel ricorso - a prescindere dal fatto che la stessa è di data posteriore a quella della decisione impugnata (cfr., sulla questione, il considerando 3.3 del presente giudizio) - espone disturbi noti già precedentemente diagnosticati, si limita all'indicazione del rischio per il ricorrente di scivolare in uno stato depressivo (senza alcuna informazione sullo stato psichico del paziente) e non fa riferimento ad una specifica incapacità lavorativa. In siffatte circostanze, la conclusione del dott. I. _____ secondo cui sarebbe necessario rivalutare il caso in particolare per determinare il grado d'incapacità fisica appare fondata più sulle rivendicazioni del ricorrente ("il paziente richiede ulteriori accertamenti"), ma non trova fondamento nella necessità oggettiva di una "seconda (ulteriore) opinione" medica, quelle agli atti essendo sufficienti per statuire.

E. 10.6

In conclusione, sulla scorta in particolare delle risultanze delle valutazioni dei medici della clinica di C. _____ (rapporto del 22 luglio 2008) e dei medici SMR (perizia pluridisciplinare del giugno 2009) nonché delle considerazioni che precedono, questo Tribunale ritiene che lo stato di salute del ricorrente ha impedito al medesimo di svolgere sia la sua precedente attività di magazziniere (con mansioni di addetto all'imballaggio) sia un'attività sostitutiva adeguata dal 18 ottobre 2005 al 21 luglio 2008, con la conseguenza, che su questo punto, l'impugnata decisione del 22 aprile 2010 deve essere riformata. Infatti, solo a decorrere dal 22 luglio 2008, al medesimo sarebbero state proponibili, nella misura dell'80%, attività sostitutive confacenti allo stato di salute, in lavori leggeri e poco qualificati sia nel settore secondario (in particolare mansioni d'assemblaggio, produzione, stampa, rifinitura, controllo nell'industria farmaceutica, alimentare, meccanica) sia nel settore terziario (custode), quali quelli indicati nel rapporto dell'ottobre 2009 del consulente in integrazione professionale.

E. 11

Basti ancora osservare che il ricorrente non ha contestato in questa sede la decisione dell'autorità inferiore secondo la quale non sono opportuni nel caso di specie dei provvedimenti di integrazione professionale (l'autorità inferiore si è altresì dichiarata a disposizione, nel caso in cui l'insorgente "identificasse un datore di lavoro in grado di garantirgli l'assunzione dopo una formazione [ad hoc] massima di 3-6 mesi", per un eventuale finanziamento di detta formazione; v. l'impugnata decisione del 22 aprile 2010 [doc. A 59-18]). La questione non deve pertanto essere esaminata in questa sede, non senza rilevare che quand'anche lo si volesse fare, non sussisterebbero comunque agli atti di causa elementi oggettivi validi per scostarsi su tale problematica dall'apprezzamento del consulente in integrazione (rapporto del 1° ottobre 2009) ripreso nella decisione impugnata.

E. 12.1

Nella misura in cui il ricorrente ha presentato un'incapacità lavorativa del 100% sia nella sua precedente attività sia in un'attività sostitutiva adeguata dal 15 ottobre 2005 al 21 luglio

2008, il medesimo ha diritto ad una rendita intera dal 1° ottobre 2006 (decorso il termine di attesa legale di un anno, giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI) al 30 ottobre 2008 (momento in cui il miglioramento significativo dello stato di salute dell'insorgente perdurava da tre mesi, giusta l'art. 88a cpv. 1 OAI; v., sulla questione della decorrenza del termine dei tre mesi di cui all'art. 88a cpv. 1 OAI, la sentenza del Tribunale federale 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 4 in fine).

E. 12.2

Ritenuto che, a far tempo dal 22 luglio 2008, il ricorrente è abile all'80% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute, occorre esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore a partire da (1° novembre) 2008.

E. 12.2.1

Questo Tribunale rileva che, secondo giurisprudenza, per determinare il reddito ipotetico da valido, di regola ci si fonda sull'ultimo reddito conseguito prima dell'insorgenza del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1; sentenza del Tribunale federale 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 6.1 e relativi riferimenti). In particolare, con riferimento al calcolo effettuato dal consulente in integrazione professionale per la determinazione del grado d'invalidità (cfr. lettera C.c del presente giudizio), quale reddito annuale da valido l'autorità inferiore ha considerato quello conseguibile dal ricorrente come magazziniere (con mansioni di addetto all'imballaggio) nel 2008. Non vi è motivo di scostarsi da tale accertamento dei fatti, nel senso che può senz'altro ritenersi che l'insorgente, che lavorava presso il suo ultimo datore di lavoro dal 23 luglio 2001 in un rapporto stabile, avrebbe svolto l'attività di magazziniere per tale datore di lavoro, anche nel 2008 in caso di capacità lavorativa intatta. Non v'è neppure ragione di un intervento d'ufficio per quanto attiene alla determinazione del salario da valido, fissato in fr. 65'720.25 annui (secondo le indicazioni del datore di lavoro e il calcolo dell'assicurazione E. _____, v. doc. A 17-1 e doc. B 66-1, 68-1 e 74-1).

E. 12.2.2.1

Questo Tribunale rileva altresì che, secondo giurisprudenza, per determinare il reddito da invalido, fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta dell'assicurato, a condizione che, cumulativamente, il rapporto di lavoro sia particolarmente stabile, egli sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua, il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale (DTF 126 V 75 consid. 3b/aa). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali, come risultano dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 7 e relativi riferimenti). Ritenuto che, per quanto emerge dalle carte processuali, l'insorgente ha interrotto il lavoro nel 2005, è possibile riferirsi ai dati statistici salariali secondo la pertinente tabella TA1 (2008) dell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari, effettuati i necessari correttivi. Non appare quindi possibile riferirsi al salario annuo di fr. 44'177.87 rispettivamente di fr. 47'177.87, fissato nella decisione del 10 marzo 2009 della E. _____ e nella decisione su opposizione del 28 maggio 2009 della E. _____ (v. doc. B 76-1 e 81-1), ritenuto altresì che, secondo giurisprudenza, i valori regionali desumibili dalla Tabella TA13, che riferisce dei salari in relazione alle grandi regioni, sono inapplicabili per determinare il reddito ipotetico da invalido (cfr. la sentenza del Tribunale federale 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010 consid. 4.2).

E. 12.2.2.2

Per quel che concerne la determinazione del reddito da invalido, va quindi fatto riferimento a quello ottenibile dall'insorgente in attività semplici e ripetitive nel 2008 secondo la pertinente tabella TA1 dell'ISS, tenuto conto di un salario medio mensile di fr. 4'806.-- e di un orario usuale di 41.6 ore settimanali nel 2008 (cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica), ossia di un salario mensile di fr. 4'998.25 ed annuale di fr. 59'979.--.

E. 12.2.2.3

Questo reddito può quindi essere pure ridotto, al massimo del 25%, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75). L'UAIE ha operato una riduzione del 10%, la quale, oltre a non essere stata contestata, appare ammissibile, conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso di specie, in particolare dell'età e delle limitazioni funzionali del ricorrente e della diminuzione relativamente contenuta della capacità lavorativa (59'979 - 5'997.90 = 53'981.10).

E. 12.2.2.4

Conto tenuto, infine, di una riduzione del 20%, poiché l'insorgente può svolgere un'attività sostitutiva solo nella misura dell'80%, consegue un reddito da invalido di fr. 43'184.90 (53'981.10 - 10'796.20).

E. 12.2.3

Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 65'720.25 e quello da invalido di fr. 43'184.90 consegue la determinazione di un grado d'invalidità del 34,29% ($\frac{65'720.25 - 43'184.90}{65'720.25} \times 100$), insufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI.

E. 13

Per conseguenza, il ricorso va parzialmente accolto e l'impugnata decisione del 22 aprile 2010 riformata nel senso che, decorso il termine di attesa legale di un anno, giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI, al ricorrente è riconosciuto il diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° ottobre 2006 al 30 ottobre 2008 (momento in cui il miglioramento significativo dello stato di salute dell'insorgente perdurava da tre mesi, giusta l'art. 88a cpv. 1 OAI). Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda al calcolo delle prestazioni ai sensi di legge.

E. 14.1

Visto l'esito della procedura, le spese processuali ridotte, di fr. 200.--, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di fr. 300.--, versato dal ricorrente stesso il 29 giugno 2010. È pertanto restituito al ricorrente l'importo eccedente di fr. 100.--.

E. 14.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatari professionali, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Ritenuto che l'insorgente è parzialmente vincente, gli spetta una proporzionale indennità a titolo di spese ripetibili. La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.--, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dalla patrocinatrice

del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)

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