

BVGer C-5209/2013 vom 9. November 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-11-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5209_2013

FR: TAF C-5209/2013 du 9 novembre 2015

IT: TAF C-5209/2013 del 9 novembre 2015

Regeste

Diritto alla 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 AI 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

Per l'art. 49 PA in relazione con l'art. 37 LTAF Il ricorrente può far valere la violazione del diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere di apprezzamento (lett. a); l'accertamento inesatto o incompleto di fatti giuridicamente rilevanti (lett. b); l'inadeguatezza (lett.c).

E. 3.1

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 DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2).

E. 3.2

In concreto A._____ ha presentato la terza domanda di rendita in data 5 dicembre 2012. Ritenuto che l'eventuale rendita decorrerebbe dal 1° giugno 2013 e meglio sei mesi dopo la presentazione dell'istanza (art. 29 cpv. 1 LAI, si confronti sul tema DTF 140 V 2seg.), si applica la LAI nella versione in vigore dal 1° gennaio 2012 (6a revisione, cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

E. 4

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto 26 luglio 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 pronunciata. 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 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. 5.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

E. 5.2

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 (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 5.3

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 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, 2008 4219, 2009 4831) e n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 2009 4845).

E. 5.4

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, sono altresì applicabili al caso concreto (cfr. DTF 138 V 533 consid. 2.1 e sentenza del TF 8C_870/2013 del 16 aprile 2014 consid. 4.1). Conformemente all'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro come i cittadini di tale Stato.

E. 5.5

Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità, come nel caso di specie, non pregiudica l'apprezzamento dell'invalidità secondo il diritto svizzero. Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4). Tuttavia, vanno presi in considerazione documenti, referti medici e informazioni d'ordine amministrativo raccolti dall'istituzione di qualsiasi altro Stato come se fossero stati redatti nel proprio Stato membro (art. 49 cpv. 2 del regolamento [CE] n. 987/2009).

E. 6

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: - essere invalido ai sensi della legge svizzera; - aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno tre anni (art. 36 LAI). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45, 51 e 57 in combinato disposto del regolamento n. 883/2004). Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

E. 7

Oggetto del contendere è il diritto di A._____ di percepire prestazioni d'invalidità, segnatamente per il peggioramento dello stato di salute che sarebbe intervenuto dopo la soppressione della rendita d'invalidità erogata fino al 31 gennaio 2012.

E. 7.1

Dal canto suo l'assicurato non pretende in modo esplicito l'erogazione di una rendita AI, ma contesta la valutazione operata dall'amministrazione, sia dal punto di vista medico, censurando la trasposizione della perizia esperita dal Dott. G._____ (doc. TAF 1, allegato c), fiduciario dell'Helsana, in ambito AI, che economico, contestando il calcolo comparativo dei redditi - segnatamente l'importo del reddito da invalido e la deduzione dal reddito da invalido - che è stato del tutto omesso. Egli chiede quindi un rinvio degli atti all'autorità inferiore perché abbia a tenere conto di tutte le osservazioni formulate col ricorso.

E. 7.2

Per contro, l'UAI ritiene che l'assicurato, alla luce della perizia - fedefacente del Dott. G._____ - sarebbe abile al lavoro al 100% in attività leggere adeguate. Del resto non vi sarebbero atti medici agli atti che attestano una capacità lavorativa ridotta.

E. 8.1

In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 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. 8.2

L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. 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. 2 LAI).

E. 8.3

In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, 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 dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

E. 8.4

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 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).

E. 9.1

Secondo l'art. 17 LPGA 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. 9.2

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. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 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; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

E. 9.3

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGa).

E. 9.4

Secondo l'art. 87 cpv. 3 OAI, qualora la rendita è stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni di cui al cpv. 2. Secondo questa norma, se è fatta domanda di revisione nella domanda di deve dimostrare che il grado d'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (DTF 130 V 71 consid. 3.2 pag. 75 segg.; 117 V 198 consid. 3a).

E. 9.5

La verosimiglianza richiesta dall'art. 87 cpv. 2 OAI non è la verosimiglianza preponderante valida nel diritto delle assicurazioni sociali. Il grado della prova richiesto dall'art. 87 cpv. 2 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso di una prova piena, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno certi indizi a favore della circostanza invocata, fermo restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame successivo (v. sentenza del TF 9C_68/2007 del 19 ottobre 2007 consid. 4.4 con riferimenti; cfr. pure SVR 2003 IV no. 25 pag. 76 consid. 2.2 [I 238/02]). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non è il caso, può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata in materia. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo potere di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto

a rispettare (sentenza del TF 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 3.2; DTF 109 V 108 consid. 2b pag. 114; cfr. pure SVR 2003 IV no. 25 pag. 76 consid. 2.2).

E. 9.6

Se l'amministrazione entra nel merito della domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado di invalidità si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115).

E. 9.7

In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia valutata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336).

E. 10.1

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 dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo 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, 130 V 71 consid. 3.2).

E. 10.2

Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 29 giugno 2012 (data della decisione con cui all'assicurato è stata assegnata una rendita limitata nel tempo fino al 31 gennaio 2012, che ha esaminato la seconda domanda di rendita, consid. C.c, doc. 164) e il 26 luglio 2013, data della decisione impugnata.

E. 11.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 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. 28a cpv. 1 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). 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 (metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 11.2

In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico determinare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2).

E. 11.3

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 134 V 231 consid. 5.1. 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*, Zurigo 2001, pag. 266).

E. 11.4

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 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. 11.5

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. 11.6

Secondo l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Essi stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato, determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa, di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile. Sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Per l'art. 49 OAI i servizi medici regionali valutano le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Nel quadro della loro competenza medica e delle istruzioni tecniche di portata generale dell'Ufficio federale, essi sono liberi di scegliere i metodi d'esame idonei (cpv. 1). Se occorre, i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati. Mettono per scritto i risultati degli esami (cpv. 2). I servizi medici regionali sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione (cpv. 3). All'art. 48 OAI il

Consiglio federale ha inoltre elencato le discipline mediche che devono essere rappresentate nei servizi medici regionali. Secondo il Tribunale federale ciò significa, tra le altre cose, che, per poter attribuire pieno valore probatorio ai rapporti dei servizi medici regionali essi devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 consid. 4.3.1 [9C_323/2009] e sentenza I 142/07 del 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 con riferimenti). In caso contrario il loro valore probatorio è ridotto (sentenza 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2)

E. 12

In occasione della seconda domanda l'UAIE ha fondato sulla documentazione dell'INSAI la propria decisione di accordare una rendita intera dal 1° ottobre 2011 al 31 gennaio 2012 (doc. 138, rapporto del Dott. I._____, chirurgo ortopedico) così come sulle conclusioni del 20 settembre 2011 del proprio medico SMR, il Dott. E._____, specialista in chirurgia (doc. 139, consid. C.d). In particolare gli specialisti avevano posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di rottura massiva della cuffia dei rotatori, tendinopatia capo lungo del bicipite branchiale, borsite sotto acromiale della spalla sinistra in esiti di ricostruzione del sovra ed infraspinato (8.4.2010), stato dopo reintervento spalla sinistra (luglio 2011). Deficit funzionale completo di forza arto superiore destro. Stato dopo intervento alla spalla destra di ricostruzione del tendine sovraspinato. In particolare il Dott. I._____ aveva precisato che "per quanto riguarda la problematica legata alla spalla sinistra in stato dopo ricostruzione della cuffia e decompressione il paziente ha ottenuto un'articolarietà pressoché completa. La forza è ancora in progressione indicando che vi è ancora un margine di miglioramento, ma risulta comunque affaticabile per gli sforzi. Non è l'arto dominante. Al contrario dalla parte destra mostra un deficit completo della forza del sovraspinato in stato dopo ricostruzione...Il paziente risulta, come detto precedentemente, gessatore e la situazione globale non gli permette di poter affrontare nemmeno dal lato teorico tale professione. (doc. 138/1, nello stesso senso rapporto del 19 dicembre 2011, allegato doc. D al doc. TAF 1, doc. 139 pag.3).La capacità lavorativa in attività abituale era stata considerata nulla dall' 11 marzo 2010, mentre totale in attività adeguata dal 31 agosto 2011 (doc. 139 e 154). La misura della capacità lavorativa era stata confermata anche dopo l'esame della documentazione medica trasmessa dall'assicurato in sede di audizione (doc. 151,154). Alla luce della visita medica di chiusura dell'INSAI del 10 novembre 2011 (doc. 155/1) l'UAIE ha quindi riconosciuto un'incapacità lavorativa totale fino al 31 dicembre 2011, riconoscendo una rendita limitata nel tempo fino al 31 gennaio 2012 in base ai periodi di incapacità lavorativa ammessi dalla SUVA (doc. 155, anche doc. 149, con cui la SUVA ha sospeso il versamento di indennità giornaliera dal 1 gennaio 2012).

E. 13.1

Nell'ambito della presente procedura il SMR, nel suo rapporto del 12 aprile 2013, redatto dal Dott. H._____, di cui non è nota l'eventuale specializzazione (doc. 192), ha ripreso in pratica la diagnosi posta nella perizia del 13 febbraio 2013 dal Dott. G._____, medico fiduciario della Cassa Malati Helsana, (doc. TAF 1 allegato c). In concreto non è dato a sapere se detta relazione è stata eseguita in esito a visita personale dell'assicurato o in base agli atti. E' tuttavia verosimile, visto il tenore della diagnosi riportata - identica a quella del Dott. G._____ - che il medico del SMR abbia copiato (peraltro in modo incompleto essendo state omesse le diagnosi di cardiopatia e broncopatia) quella esposta dal Dott. G._____ e ne abbia ripreso le conclusioni con il dettaglio delle limitazioni funzionali.

E. 13.2.1

Il Dott. G._____ aveva in particolare rilevato l'esistenza di: - sindrome lombospondilogenica cronica a sinistra in/con ... - turbe statiche del rachide (ipercifosi toracale con raddrizzamento lombare), - alterazioni degenerative: L4/5 condrosi con protrusione discale e L4/S1 osteocondrosi, spondilosi e protrusione ad ampio raggio con restringimento foraminale bilaterale; - gonalgia destra di tipo meccanico senza limitazioni funzionali evidenti; ecografia del 18 settembre 2012: tendoperiostosi inerzionale del tendine del quadricipite nella rotula; - esiti da ricostruzione della cuffia dei rotatori della spalla sinistra per lesione tendinea post-traumatica (infortunio ed operazione nel 2010) con successiva revisione artroscopica per nuova rottura (2011), caso SUVA chiuso con assegnazione di una rendita di invalidità del 20%; - esiti da ricostruzione della cuffia dei rotatori della spalla destra per rottura degenerativa (2006) con disturbi algici e funzionali residuali nell'ambito di una probabile nuova rottura; - cardiopatia ischemica con stato dopo infarto miocardico del 2000; successiva riformazione professionale tramite AI; - broncopatia cronica ostruttiva (dato anamnestico). (doc. TAF 1 allegato c pag. 6). A proposito delle conseguenze sulla capacità lavorativa delle succitate affezioni il perito ha precisato quanto segue: "l'insieme dei disturbi lombari e degli arti inferiori non pregiudica la ripresa dell'attività lavorativa svolta di stuccatore a condizione che il paziente possa evitare l'alzare e spostare pesi maggiori di 15kg, limitazione già dettata dalle patologie di entrambe le spalle almeno dal 2011 (secondo la valutazione citata del Dott. I._____). A._____ può quindi riprendere il suo lavoro a partire da subito nella misura della rendita SUVA concessa. E' comunque ovvio che un'attività richiedente spesso se non addirittura prevalentemente lavori manuali sopra l'altezza della testa non è di certo ideale per le patologie presenti in entrambe le spalle (e ritenuta non più proponibile dal Dott. I._____ già nel 2011, vedi sua valutazione citata, doc. TAF 1 allegato c pag. 8). Il perito ha quindi valutato la capacità funzionale residuale del paziente in dettaglio globalmente, ovverossia tenendo conto anche della patologia ad entrambe le spalle - come ha espressamente dichiarato - e non soltanto l'affezione a livello lombare (si confronti per i dettagli da pag. 8 in fine a 9 della perizia), concludendo per un'abilità lavorativa completa (per rendimento e presenza) in un'attività lavorativa rispettosa dei numerosi limiti elencati. In proposito egli ha pure rilevato che A._____ "ha già beneficiato di una riformazione professionale a carico dell'AI per un'attività lavorativa più confacente (aiuto meccanico di precisione). Essa risulta conforme alle presenti limitazioni (per quanto da me giudicabile non avendo a disposizione un mansionario, doc. TAF 1 allegato c pag.10; si confronti tuttavia in proposito anche consid. B.c in fine, secondo cui i provvedimenti professionali sono stati interrotti nel 2006).

E. 13.2.2

Il SMR ha dal canto suo ritenuto anche la diagnosi di cardiopatia ischemica con stato dopo infarto miocardico senza influsso sulla capacità lavorativa (doc. 192 pag.1).

E. 13.3

Dal tenore della perizia suesposta emerge che lo stato di salute dell'assicurato, in seguito all'insorgenza della malattia al rachide lombare è senz'altro peggiorata, tuttavia alla luce di quanto attestato dal perito, il cui rapporto tiene conto, a suo dire, di tutte le patologie di natura ortopedico/reumatologica di cui soffre l'interessato (doc. TAF 1 allegato c pag. 8), le conseguenze dello stato di salute sulla capacità lavorativa non si sarebbero deteriorate, se non per un periodo limitato nel tempo. In effetti le affezioni lombari non inciderebbero sulla capacità lavorativa. Il medico ha infatti considerato l'assicurato abile nei limiti indicati

dall'INSAI, malgrado l'assicuratore infortuni abbia tenuto conto solo dell'affezione alla spalla sinistra. Un'attività leggera adeguata ad esempio quale operaio di fabbrica, addetto alla stazione di servizio, sorvegliante, raffilatore (doc. TAF 1 allegato b p. 2), che tenga conto delle numerose limitazioni elencate nella perizia, sarebbe pertanto compatibile sia con i disturbi a livello lombare che con quelli ad entrambe le spalle. Secondo il Dott. G._____ quindi, malgrado l'affezione a livello lombare, la capacità lavorativa residua non si sarebbe modificata.

E. 14.1

Il ricorrente censura l'affidabilità della summenzionata perizia, essendo a suo dire incompleta e superficiale, in particolare in relazione alle patologie alle spalle e alle conseguenze delle stesse sulla capacità lavorativa. Da quanto emerge dal rapporto del Dott. L._____ le spalle necessiterebbero di esami diagnostici supplementari (doc. TAF 1 pag. 3) e altresì le limitazioni della spalla destra, la cui situazione pare più grave rispetto a quella sinistra, sarebbero ben più gravi. Non fa per contro valere delle limitazioni da un punto di vista cardiologico. In concreto alla luce delle suesposte censure va quindi esaminato se la perizia eseguita dal Dott. G._____ su incarico dell'Helsana in relazione alla problematica al rachide lombare, tiene sufficientemente conto anche dei disturbi ad entrambe le spalle, segnatamente di origine traumatica alla spalla sinistra, per cui è stata riconosciuta una rendita del 18% dall'INSAI e di origine valetudinaria alla quella destra, e può pertanto essere considerata fedefacente.

E. 14.2

In primo luogo va rilevato che dal rapporto del 22 agosto 2013 del Dott. L._____, specialista in ortopedia e chirurgia ortopedica, a cui l'assicurato si è sottoposto per una valutazione della spalla sinistra, emerge che (doc. TAF 1 allegato F) il decorso postoperatorio - l'interessato è stato sottoposto a due interventi nel 2010, in Italia e nel 2011 presso Ars Medica, Dott. I._____ - è stato caratterizzato da dolori tutt'ora persistenti e che avrebbe proceduto ad una valutazione dell'integrità della cuffia rotatoria della spalla sinistra tramite arto-RM oppure arto-TAC. In data 28 agosto 2013 il medico ha attestato un mese di inabilità lavorativa (doc. TAF 1 allegato E). I due certificati risultano particolarmente stringati, mentre gli esami specialistici anticipati sia dal medico che dal rappresentante del ricorrente non sono pervenuti a questa Corte (si confronti in proposito l'obbligo di collaborare dell'assicurato, art. 28 LPGA). In simili circostanze questi documenti non sono di per sé atti a mettere in discussione la perizia del Dott. G._____.

E. 15.1

Alla luce dell'ulteriore documentazione medica trasmessa dal ricorrente la decisione impugnata non può tuttavia essere confermata, i referti specialistici su cui si fonda non potendo essere considerati completamente fedefacenti ai sensi della giurisprudenza. In effetti malgrado il Dott. G._____ abbia affermato di aver tenuto conto, nell'ambito dell'esame relativo alla situazione lombare, anche delle affezioni alle spalle, il rapporto non si fonda su esami completi e aggiornati, né il SMR ha proceduto a far fronte alle carenze del referto, alla luce degli atti medici prodotti dal ricorrente. Al riguardo va rilevato che l'assicurato ha trasmesso, pendente causa amministrativa, tre referti del medico curante dottor F._____, medico chirurgo, del 18 febbraio 2013 (doc. 183), 13 giugno 2013 (doc. 196/2) e 25 giugno 2013 (doc. 200/2). Nell'ultimo referto il Dott. F._____ ha in particolare precisato che le - già numerose - limitazioni (espresse su oltre una pagina dal Dott.

G._____), sarebbero in realtà ancora più importanti. Oltre alle patologie note ha inoltre indicato l'esistenza di una meniscopatia degenerativa del menisco mediale al ginocchio destro e in tutti i referti ha pure indicato l'esistenza di un'ernia discale L4-L5 e di una protrusione discale L3-L4. Negli ultimi due certificati ha inoltre evidenziato che la complessità del quadro nosologico rendono altresì improbabile l'inserimento e la riqualifica in altre attività. Di tali referti il Dott. G._____) non ha potuto evidentemente tener conto essendo - ad eccezione del primo redatto contemporaneamente - posteriori alla perizia. Inoltre il perito dell'Helsana ha fondato le proprie conclusioni principalmente sulla TAC lombare eseguita il 1 settembre 2012, da cui è deducibile solo il tratto L4-S1 (trattavasi di un esame mirato su questo punto, doc. 179/12, doc. TAF 1 allegato c pag. 6), mentre il dottor F._____) ha ripetutamente indicato anche una protrusione discale nel tratto L3-L4 (doc. 183, 196/2, 200/2). Malgrado ciò e nonostante lo stato del tratto vertebrale L4-L5 sembra essere peggiorato (nella TAC del 1 settembre 2012 era stata accertata una protrusione ad ampio raggio del disco senza conflitti disco radicali, mentre nel 2013 il dottor F._____) ha ripetutamente attestato un'ernia discale) su questo punto il SMR non ha ritenuto necessario eseguire un esame completo della colonna lombare. Ne consegue un accertamento incompleto dei fatti rilevanti. Né la perizia, in quanto precedente, né il SMR, senza del resto addurre alcuna motivazione, hanno inoltre tenuto conto di quanto è emerso dall'esame TC eseguito alla spalla destra il 17 giugno 2013, da cui risulta che "nel confronto col precedente dell'11 maggio 2006 eseguita in altra sede si nota piccola frattura presente sul versante anteroinferiore della superficie articolare (labbro) glena scapolare". Ne consegue che non è dato di sapere in concreto quale sia l'incidenza sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa di questa frattura. Pure l'affezione al ginocchio poi non appare investigata in modo sufficiente (doc. 171/1, 10/6 e 200/2). In data 22 luglio 2013 (doc. 206/19) inoltre il Dott. H._____) del SMR, la cui specializzazione non è nota, ha affermato che la documentazione trasmessa di recente non apportava nulla di nuovo, fondandosi su documenti incompleti. In effetti versata agli atti risulta solo la prima pagina di un certificato medico dettagliato del 4 luglio 2013 del Dott. M._____) (doc. 204/3), medico chirurgo e ortopedico/fisiatra. In simili circostanze il medico, prima di esprimersi il medico avrebbe dovuto procurarsi il documento completo. Infine la situazione ortopedico/reumatologico/neurologica non è stata valutata da uno specialista, come previsto dalla succitata giurisprudenza. Già solo per questi motivi la forza probatoria delle conclusioni del SMR è limitata. Alla luce della giurisprudenza e delle disposizioni in vigore il caso avrebbe dovuto essere sottoposto a uno specialista. In simili circostanze non si può senz'altro affermare che gli atti medici su cui si è fondata l'amministrazione per respingere la domanda di rendita siano stati approntati avendo piena conoscenza dell'incarto e che il SMR disponeva di documentazione completa. Alla luce del rapporto SMR e della perizia del dottor G._____) non si può pertanto affermare che la situazione valetudinaria rispettivamente le conseguenze della stessa sulla capacità lavorativa siano paragonabili a quelle esistenti al momento della soppressione della rendita nel gennaio 2012. In effetti vi sono degli indizi a favore di un peggioramento che non sono stati sufficientemente approfonditi. Ne consegue che in quanto fondato, il ricorso dev'essere accolto e la decisione impugnata, annullata, fondandosi su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti.

E. 16.1

Nel caso in cui annulla una decisione il giudice 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-2471/2012 del 21 maggio 2014

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 con i riferimenti).

E. 16.2

In concreto l'incarto va rinviato all'UAIE affinché esperisca una perizia che tenga conto degli aspetti ortopedico/reumatologici e, se necessario, neurologici (si noti l'ernia discale indicata dal Dott. F._____), riservato ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse rendere necessario, al fine di stabilire se, a partire dal mese di febbraio 2012, la situazione di salute e/o le conseguenze di quest'ultima sulla capacità lavorativa dell'assicurato sono peggiorate. Il rinvio è giustificato anche alla luce della giurisprudenza pubblicata in DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 e 139 V 99 consid. 1 ritenuta la necessità in concreto di esperire una perizia, aspetto del tutto omesso dall'UAIE, che si è limitato a riprendere pedissequamente una perizia esperita per un assicuratore malattia. In base ai nuovi accertamenti l'UAIE statuirà di nuovo sul grado di invalidità dell'assicurato.

E. 17

A quest'ultimo riguardo va rilevato che da un lato va verificato l'ammontare del reddito da valido alla luce di quanto indicato dal ricorrente (doc. TAF 1 pag. 3). Dall'altro non va inoltre dimenticato che la deduzione dal reddito da invalido va motivata e deve tener conto, oltre che dell'impossibilità di svolgere lavori pesanti, semipesanti ed in alcune circostanze anche leggeri (anche trasporto di 10kg limitato), delle numerosissime limitazioni elencate (oltre una pagina della perizia del Dott. G._____), e del fatto che l'assicurato non ha mai svolto altra attività, se quella pesante di gessatore, dal 1991 (doc. 21).

E. 18.1

Visto l'esito della causa non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA).

E. 18.2

Si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (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]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 2'500.-, importo forfettario comprensivo delle spese, IVA esclusa, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

E. 18.3

Visto quanto sopra l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio è priva di oggetto.