

BVGer C-5373/2013 vom 21. Juli 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-07-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5373_2013

FR: TAF C-5373/2013 du 21 juillet 2015

IT: TAF C-5373/2013 del 21 luglio 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. LTAF), 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 LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, 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 LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

E. 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 LPGGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1

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. 2.2

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

E. 2.3

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

E. 2.4

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3

Oggetto del contendere nel caso in esame è il diritto dell'assicurato di percepire prestazioni di invalidità segnatamente una rendita di invalidità dopo il 31 agosto 2012 rispettivamente di essere posto al beneficio di provvedimenti professionali. Contestata in particolare è la capacità lavorativa residua in attività sostitutive a far tempo dal mese di giugno 2012, data della dimissione dalla clinica riabilitativa di B._____ (doc. 60 pag. 4), totale secondo l'UAI, nulla secondo il ricorrente, non essendo stato eseguito il riallenamento al lavoro indicato dal SAM. Incontestato è per contro il diritto alla rendita intera per il periodo dal 1 settembre 2011 al 31 agosto 2012, ammesso ripetutamente dall'amministrazione pendente causa (doc. TAF 13 e allegati, TAF 15 pag. 4)). Su questo punto il ricorso va pertanto accolto.

E. 4.1

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2). In concreto l'interessato ha presentato domanda di rendita il 1° marzo 2011. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI) e pertanto in concreto il 1° settembre 2011. Contestato è tuttavia il diritto alla rendita da agosto 2012. Al caso in esame si applicano pertanto le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

E. 4.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, e meglio il 12 agosto 2013. 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 121 V 362 consid. 1b).

E. 5

Il ricorrente ha inoltre versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 5 anni (doc. TAF 19) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione.

E. 6.1

In primo luogo in via preliminare l'assicurato censura una grave violazione del diritto di essere sentito, non avendo l'UAIE preso posizione, nella procedura di preavviso, sulle censure adottate in merito alla mancata stabilizzazione dello stato di salute (doc. 98). La censura va accolta in concreto, tuttavia per motivi diversi da quelli indicati dal ricorrente.

E. 6.2.1

Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 132 V 368 consid. 3.1 pag. 370 e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito è una garanzia costituzionale formale, la cui violazione implica l'annullamento della decisione impugnata, a prescindere dalle possibilità di successo nel merito (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390; 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Ai sensi della giurisprudenza, una violazione del diritto di essere sentito - nella misura in cui essa non sia grave - è da ritenersi sanata qualora l'interessato abbia la facoltà di esprimersi innanzi ad un'autorità di ricorso che gode di piena cognizione. La riparazione di un eventuale vizio deve comunque avvenire solo in via eccezionale (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Giova inoltre precisare che anche in caso di grave violazione del diritto di essere sentito è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione, se una simile operazione si esaurirebbe in un vuoto esercizio formale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti). L'art. 29 cpv. 2 Cost. offre, a titolo sussidiario, una garanzia minima, mentre la portata di tale diritto è determinata in primo luogo dalle norme cantonali o federali di procedura (DTF 126 I 15 consid. 2a pag. 16; 125 I 257 consid. 3a pag. 259). La procedura di preavviso è l'espressione di questo principio. Per l'art. 57a cpv. 1 LAI l'ufficio AI comunica all'assicurato, per mezzo di un preavviso, la decisione prevista in merito alla domanda di prestazione o alla soppressione o riduzione della prestazione già assegnata. L'assicurato ha il diritto di essere sentito conformemente all'articolo 42 LPGA. Secondo l'art. 42 LPGA le parti hanno il diritto di essere sentite. Non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. In ogni caso al più tardi durante la procedura di opposizione l'amministrazione deve dare la possibilità alla parte interessata di pronunciarsi sulle prove e sulla procedura in forma sufficiente (DTF 132 V 368 consid. 6 pag. 374).

E. 6.2.2

Giusta l'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPGA le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. Il diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. comprende infatti l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Esso ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; 126 I 97 consid. 2b pag. 102; 125 II 369 consid. 2c pag. 372).

E. 6.3.1

In concreto va rilevato in primo luogo che le censure sollevate dall'assicurato in occasione del progetto di decisione (doc. 98) sono state esaminate dal Dott. H. _____ (doc. 99, 100) le cui osservazioni sono state riprese nella decisione (doc. 104). Da questo punto di vista non vi è pertanto alcuna violazione del diritto di essere sentito, segnatamente la decisione su questo punto è motivata, malgrado nel merito non abbia tenuto conto degli ulteriori interventi medici prospettati il 24 luglio 2013 al braccio sinistro (doc. Z1, allegato al doc. TAF 1, si confronti anche doc. TAF 10).

E. 6.3.2

Dal tenore della decisione emerge tuttavia che l'UAI, malgrado il grado di invalidità sia stato ritenuto superiore al 25%, ha rifiutato la richiesta di provvedimenti professionali senza addurre alcuna motivazione e malgrado la perizia del SAM, ritenesse adeguato, in concreto, porli in atto. Nessuna motivazione adduce neppure il Consulente in integrazione professionale I. _____ (doc. 80 pag. 3) nella propria valutazione del 29 aprile 2013, malgrado le sia stato chiesto espressamente di giustificare l'ammissione o il rifiuto dei provvedimenti menzionati. Neppure infine si può ritenere sanato il difetto nell'ambito della procedura ricorsuale ritenuto che l'amministrazione nella risposta di causa non ha toccato per nulla l'argomento (preavviso allegato al Doc. TAF 7). Come ripetutamente censurato dall'assicurato inoltre l'UAIE non ha mai indicato in maniera chiara quali sarebbero le attività leggere esigibili in concreto (doc. 80 pag. 2, doc. TAF 2 allegato b). Anche da questo punto di vista il diritto di essere sentito va considerato violato, per carenza di motivazione.

E. 6.3.3

Infine dal tenore della decisione impugnata, così come della risposta di causa emerge che neppure la deduzione dal reddito da invalido del 13% (percentuale aumentata al 15% nella risposta di causa, doc. TAF 7) è sufficientemente motivata. Non è infatti dato in alcun modo di sapere quali sarebbero gli asseriti "altri fattori di riduzione" (si confronti in proposito sentenza del TAF C-1509/13 del 7 gennaio 2015 consid. 15.2.2 e giurisprudenza del Tribunale federale menzionata). Anche da questo punto di vista la decisione impugnata viola il diritto di essere sentito.

E. 6.4

In simili condizioni la censura tendente alla violazione del diritto di essere sentito va accolta e già solo per questi motivi, il ricorso va accolto e la decisione impugnata annullata.

E. 7.1.1

Nel merito il ricorrente chiede in primo luogo che siano rifatti gli accertamenti sanitari, in quanto quelli svolti dall'amministrazione da un lato non hanno tenuto conto della situazione non stabilizzata e dall'altro le conclusioni del Dott. D._____ non sarebbero soddisfacenti.

E. 7.1.2

A proposito della capacità lavorativa residua egli sostiene che non essendo stato eseguito l'allenamento al lavoro, condizione necessaria secondo il SAM per conseguire una capacità lavorativa totale, né posti in atto provvedimenti professionali integrativi indicati nella perizia, non si può ritenere che sia totale in attività adeguate. Ne consegue che il reddito da invalido non è stato calcolato correttamente, né del resto è stato ridotto in misura sufficiente. Altresì non emerge quali sarebbero concretamente le attività esigibili con l'invalidità.

E. 7.1.3

Infine il grado di invalidità sarebbe inattendibile già solo per il fatto che è inferiore a quello della SUVA che tien conto delle sole affezioni infortunistiche.

E. 7.2

L'autorità inferiore dal canto suo ritiene la perizia del SAM affidabile, sostiene a proposito della capacità lavorativa residua e del riallenamento al lavoro che l'assicurato non avrebbe collaborato durante il suo soggiorno presso la clinica di B._____, ammette il peggioramento dello stato di salute, confermato dal SAM (rapporto del 5 dicembre 2013) in seguito all'accertamento della lesione del tendine del sovraspinato della spalla sinistra a partire dal 18 settembre 2013 (data della diagnosi tramite MRI, prospettata il 30 agosto 2013 [doc. TAF 7], preavviso allegato pag. 4, si confronti anche il rapporto del Dott. L._____, specialista in ortopedia e chirurgia ortopedica, del 7 aprile 2014 [allegato A4 al doc. TAF 10]). Secondo l'amministrazione tuttavia esso è intervenuto posteriormente alla pronuncia della decisione impugnata e pertanto va trattato quale nuova domanda. Infine ammette una deduzione del reddito da invalido massima del 15%, che è tuttavia irrilevante.

E. 8.1

L'invalidità ai sensi della LPGA 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 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, 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 LPGA).

E. 8.2

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno 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%.

E. 8.3

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

E. 9.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGGA, 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. 9.2

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. 9.3

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 114 V 310 consid. 3c).

E. 10

In virtù dell'art. 43 LPGGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF, il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per complemento dell'istruzione sia procedere a tale istruzione complementare personalmente. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommariamente nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

E. 11

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. 12

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 (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, DTF 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). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. il TF 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. 13

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. 14.1

A proposito in primo luogo dell'esistenza di una disfunzione vestibolare periferica (doc. TAF 1 pag. 12 e 13) va rilevato che, come ha precisato il ricorrente, le conclusioni peritali non sono del tutto convincenti, in quanto non è chiaro se il danno alla salute in esame non ha potuto essere accertato in quanto inesistente (doc. I pag. 35) oppure se non ha potuto esserlo "per la presenza di catarro timpanico su un orecchio e drenaggio transtimpanico in quell'altro" (perizia doc. L pag. 3, doc. TAF 1 pag. 12-13). Il perito ha infatti precisato che "purtroppo alla vista non è stato possibile precisare meglio la funzionalità dell'organo vestibolare perché le prove caloriche non possono venir eseguite a causa della presenza di catarro timpanico su un orecchio e drenaggio transtimpanico in quell'altro". Nella seconda ipotesi la perizia non sarebbe completa e gli esami andrebbero nuovamente eseguiti, una volta risoltosi il catarro timpanico. Su questo punto la perizia del SAM non può pertanto essere considerata concludente.

E. 14.2.1

Il ricorrente contesta inoltre che l'UAI lo ha considerato abile al lavoro al 100% in attività leggere adeguate dal momento della dimissione dalla clinica riabilitativa di B._____ nel giugno 2012, come indicato dal Dott. C._____, perito del SAM, ritenuto che il raggiungimento di tale capacità era subordinata, a detta del SAM, all'esecuzione di provvedimenti professionali rispettivamente ad un riallenamento al lavoro, che non è stato finora eseguito, né ne è stata pretesa l'esecuzione dall'UAI. Su questo punto questa Corte non può che concordare con l'assicurato. Se è vero che il Dott. C._____, nella propria perizia eseguita su incarico del SAM, ha dichiarato l'assicurato abile al lavoro alle condizioni sopra espresse, è pur vero che il SAM, nella propria perizia pluridisciplinare, fondata su quattro perizie specialistiche, ha precisato in proposito che: "ben comprensibilmente questo grado valetudinario potrà essere progressivamente raggiunto... dopo un periodo di riallenamento al lavoro e la realizzazione dei provvedimenti di integrazione citati sopra"(doc. 60 pag. 39). Tale conclusione è stata ribadita in data su 21 marzo 2013 su espressa richiesta del Dott. H._____, medico SMR. In tale occasione il SAM ha precisato che (doc. N, allegato al doc. TAF 1): "In data 21 marzo 2013 abbiamo nuovamente discusso il caso nell'ambito della conferenza di consenso fra i periti SAM. Riteniamo di poter confermare quanto esposto al capitolo 9 a riguardo della capacità d'integrazione professionale in attività rispettose dei limiti funzionali e di carico descritti in ambito reumatologico ed inoltre non esposte a fonti di rumore dannose. In considerazione poi del fatto che l'A. non risulta praticamente più attivo sul piano professionale dall'evento traumatico del 10 maggio 2010, ben comprensibilmente necessita di un periodo di riallenamento al lavoro nonché della realizzazione di provvedimenti di integrazione professionale. Per questi motivi riteniamo al momento non possibile indicare in modo definitivo la data a partire dalla quale il grado di capacità lavorative dell'A. raggiungerà la misura del 100%. Come affermato al capitolo 9 della perizia (pag. 39), dopo un periodo di riallenamento al lavoro e la realizzazione di provvedimenti di integrazione, questo grado valetudinario potrà essere progressivamente raggiunto dall'A." Inoltre tale conclusione, tratta nell'ambito della conferenza di consenso tra i periti del SAM - di cui faceva tra l'altro parte il Dott. C._____ -, appare convincente e motivata e altresì supportata dalle conclusioni dell'INSAI SUVA. Al riguardo va infatti rilevato che l'INSAI non ha assegnato la propria rendita del 26% a partire dalla data della dimissione dalla clinica di B._____, bensì a far tempo dal mese di maggio 2013, e quindi ben un anno dopo. Da questo fatto discende che l'INSAI fino a quel momento aveva considerato la situazione non ancora stabilizzata e l'assicurato per le sole conseguenze infortunistiche inabile al 50% (art. 19 LAINF, in proposito si confronti anche doc. 29, 124, 130 incarto INSAI, da cui emerge un'incapacità lavorativa per i soli motivi infortunistici del 50% e doc. 73). Da quanto sopra esposto emerge pertanto chiaramente che al momento della redazione della perizia - e quindi a maggior ragione al momento della dimissione dalla clinica di B._____ - una capacità lavorativa piena non era ancora stata raggiunta, in quanto doveva essere posto in atto quale condicio sine qua non il prospettato riallenamento al lavoro rispettivamente provvedimenti professionali adeguati e che anche in queste condizioni il grado di capacità lavorativa sarebbe stato raggiunto progressivamente. La stessa situazione esisteva evidentemente al momento della pronuncia della decisione impugnata in quanto detti provvedimenti non erano stati posti in atto. In simili circostanze la conclusione dell'UAIE secondo cui dal giugno 2012 la capacità lavorativa residua dell'assicurato in attività leggere e adeguate sarebbe totale è contraria alle risultanze istruttorie e viola pertanto il diritto federale.

E. 14.2.2

Inoltre non si può neppure rimproverare all'assicurato di non aver collaborato, rifiutandosi di eseguire un allenamento al lavoro. Se è vero che infatti che gli assicurati devono collaborare all'accertamento dei fatti secondo l'art. 43 cpv. 3 LPGA è pur vero che se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia. Nel caso concreto non risulta che l'UAIE abbia proceduto in tal senso nei confronti dell'assicurato, né del resto lo sostiene, facendo unicamente riferimento ad un'ipotetica - irrilevante in questa sede - mancanza di collaborazione durante il soggiorno presso la clinica di B._____, avvenuto in ambito LAINF. In simili circostanze la capacità lavorativa residua dal mese di agosto 2012 è stata stabilita in contrasto con le risultanze istruttorie. Ne consegue che dal mese di giugno 2012 la capacità lavorativa dell'assicurato non può essere ritenuta migliorata in misura tale da giustificare una ripresa lavorativa in attività leggere adeguate al 100%, bensì del tutto invariata, non essendo stato ancora posto in atto alcun provvedimento professionale integrativo rispettivamente neppure il riallenamento al lavoro. Al riguardo va ancora precisato che nel mese di maggio 2013 e quindi prima della pronuncia della decisione impugnata, l'assicurato è stato sottoposto ad un intervento ORL, per il quale il Dott. H._____ ha ritenuto adeguata un'incapacità lavorativa al 100% in ogni attività per un mese, così come per l'intervento al tunnel carpale previsto il 24.7.2013. In simili circostanze la situazione di salute è, seppure con ogni probabilità temporaneamente, peggiorata. Un ulteriore peggioramento è inoltre intervenuto presumibilmente immediatamente prima rispettivamente contemporaneamente all'emanazione della decisione impugnata al più tardi nel mese di settembre 2013, in seguito alla rottura del tendine del sovraspinato della spalla sinistra, fatto riconosciuto dall'UAIE.

E. 15.1

Se il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, 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. 15.2

In concreto alla luce di quanto indicato al considerando 14 la decisione impugnata è annullata e il diritto alla rendita intera di invalidità riconosciuto dall'UAIE pendente causa fino al mese di agosto 2012 va pertanto ammesso.

E. 15.3

Per il periodo successivo, l'incarto viene rinviato all'UAIE per competenza affinché esamini l'eventualità di porre l'assicurato al beneficio di provvedimenti professionali integrativi, come ventilato dai periti del SAM rispettivamente accerti il diritto alla rendita, dopo aver proceduto ad un riallenamento al lavoro. In particolare l'amministrazione dovrà chiarire la situazione di salute dell'assicurato da un punto di vista ORL (cfr. consid. 14.1), che risulta nel frattempo peggiorata (allegato 1 al doc. TAF 17) ed approfondire da un punto di vista ortopedico/reumatologico l'incidenza sulla capacità lavorativa e quindi anche sul grado di

invalidità delle ulteriori affezioni manifestatesi dal mese di maggio 2013 in poi segnatamente l'intervento al tunnel carpale (si confronti anche l'annotazione SMR del 31 luglio 2013, [allegato al doc. TAF 15]), acromioplastica artrosi sottoacromiale e reinserzione sutura parziale della cuffia, in seguito a lesione parziale della cuffia dei rotatori della spalla sinistra (doc. A4, rapporto del Dott. L. _____, specialista in ortopedia e chirurgia ortopedica, allegato al doc. TAF 10), anchilosi della spalla sinistra con importante limitazione funzionale e reintervento con mobilizzazione (doc. A1, A4 allegato doc. TAF 10, allegato 2 doc. TAF 17), da cui emerge un tunnel carpale, sopraspinato).

E. 15.4

Il rinvio è giustificato dal fatto che l'amministrazione non ha sottoposto l'assicurato ad un riaddestramento al lavoro, né ha eseguito l'istruttoria in maniera adeguata e completa. Pertanto, solo con una nuova indagine nel senso sopraddetto (consid. precedente) caratterizzata da un esame attitudinale in vista di eventuali provvedimenti di integrazione professionale, nonché un aggiornamento dal punto di vista medico (ORL e reumatologico), accertamenti che non sono stati svolti dall'autorità inferiore, i fatti potranno essere accertati compiutamente. Ci si trova quindi in presenza di questioni sia professionali/integrative, sia mediche che non sono mai state svolte e/o chiarite e che quindi giustificano ampiamente un rinvio ai sensi dell'art. 61 PA (cfr. DTF 139 V 99 consid. 1, 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 16.1

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

E. 16.2

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. 2'800.-, 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. 16.3

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

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