

BVGer C-6244/2014 vom 20. April 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-04-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6244_2014

FR: TAF C-6244/2014 du 20 avril 2017

IT: TAF C-6244/2014 del 20 aprile 2017

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii).

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 dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

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 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. Inoltre, con versamento del 30 giugno 2015 (doc. TAF 18), il ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

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. 3.1

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445). Ne discende che in concreto si applicano le nuove norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPG, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

E. 3.2

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. 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; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V

200 consid. 3a in fine).

E. 4

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 10 ottobre 2013. Nel ricorso ha sostenuto che per la nascita del diritto alla rendita non è determinante l'inoltro della domanda stessa, bensì il momento in cui l'amministrazione ha avuto conoscenza dei pregiudizi alla salute di cui soffre per il tramite dell'assicuratore contro gli infortuni nel mese di settembre del 2012. Il ricorrente non cita una specifica norma di legge sulla problematica, ma fa un generico riferimento al rilevamento tempestivo, regolamentato agli art. 3a a 3c LAI. Anche prendendo in considerazione tale regolamentazione, incombe pur sempre all'interessato di procedere al fine di far valere i propri diritti (art. 29 cpv. 1 LPGA; cfr. sentenza del TAF C-4635/2012 del 17 ottobre 2014 consid. 4.3). In tale ottica, alcun rimprovero può essere mosso all'Ufficio AI ritenuto che solo se necessario detto Ufficio ingiunge all'interessato di annunciarsi all'assicurazione per l'invalidità (art. 3c cpv. 6 LAI). Tuttavia, la necessità di un'ingiunzione al ricorrente può essere ammessa solo a decorrere dal momento in cui l'Ufficio AI poteva riconoscere che lo stato di salute dell'insorgente era suscettibile di rilevanza ai fini di una rendita AI. Sulla base delle carte processuali, tale momento può essere fatto risalire al più presto con la conoscenza del parere valutativo medico legale della dott.ssa E. _____ dell'8 ottobre 2013 rispettivamente della relazione finale del dott. F. _____ del 30 novembre 2013. Senonché, il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 10 ottobre 2013. Per sovrabbondanza, può essere ancora rilevato che dalle carte processuali emerge pure che il ricorrente era rappresentato dinnanzi all'assicuratore contro gli infortuni da un precedente legale (doc. B 19 pag. 25), il quale avrebbe dovuto informare il ricorrente dei suoi eventuali diritti. Per il resto, va ancora rilevato che 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 (v. sulla questione DTF 142 V 547 consid. 3.2 con rinvio). Su questo punto il ricorso va respinto.

E. 5

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 LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI); aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4). Dagli atti di causa risulta che il ricorrente ha versato contributi all'assicurazione AVS/AI svizzera per ben oltre tre anni. Il ricorrente adempie pertanto la condizione della durata minima di contribuzione (doc. A 26 pag. 79 e doc. TAF 41), ciò che peraltro è incontestato in questa sede.

E. 6.1

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. 6.2

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 il 50%, 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'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 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 LPGA), 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 TF I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 con rinvii).

E. 6.3

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad 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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

E. 7.1

La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGA 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; 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). 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. 7.2

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; 114 V 310 consid. 3c; cfr. sentenze del TF 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1; 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

E. 8.1

Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGA e art. 69 OAI [RS 831.201]), l'UAIE deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno, in particolare circa lo stato di

salute del richiedente, la sua attività, la sua capacità di lavoro e la sua idoneità all'integrazione. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (cfr. sentenza del TF 9C_180/2013 del 31 dicembre 2013 consid. 2.1; DTF 117 V 282 consid. 4a).

E. 8.2

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. In tal caso, non sussiste una violazione del diritto di essere sentito (DTF 136 I 229 consid. 5.3; 134 I 140 consid. 5.3; 131 I 153 consid. 3 con rinvii).

E. 8.3

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. 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 completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. 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 siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria 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 con rinvii).

E. 8.4

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 140 V 356 consid. 3.1; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; 122 V 157 consid. 1c).

E. 8.5

Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 231 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]). 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. 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 (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 8.6

Per quanto attiene alle perizie/rapporti medici di parte, il TF ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non 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 con rinvii).

E. 8.7

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 TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

E. 9.1

Nel caso concreto, l'autorità inferiore ha posto alla base della propria decisione la valutazione peritale del dott. H. _____, reumatologo. Quest'ultimo ha dapprima concluso, nella perizia del 25 marzo 2014 (doc. A 54 pag. 142), ad un'incapacità lavorativa totale in qualsivoglia attività dal 31 agosto al 30 novembre 2012, quindi ad un'incapacità lavorativa nell'attività abituale del 60% (da intendersi come riduzione del rendimento) dal 1° dicembre 2012 (tre mesi dopo l'infortunio), e dalla medesima data ad un'incapacità lavorativa dello 0% in un'attività sostitutiva adeguata. In seguito, nel proprio complemento del 22 aprile 2014 (doc. A 60 pag. 164), il perito ha allineato la propria valutazione a quella del dott. F. _____ (specialista in chirurgia FMH, esperto in medicina infortunistica, specialista in medicina generale FMH, medico della C. _____), come da relazione finale di quest'ultimo del 30 novembre 2013 (doc. B 31 pag. 39), e ritenuto per il ricorrente un'incapacità lavorativa totale in qualsivoglia attività dal 31 agosto 2012 al 31 agosto 2013. Tuttavia, l'allineamento non ha riguardato il periodo a decorrere dal 1° settembre 2013, ritenuto che nella menzionata relazione finale del 30 novembre 2013 il dott. F. _____ non ha affatto concluso, come il perito dott. H. _____ nel complemento peritale del 22 aprile 2014, ad una residua capacità lavorativa del 40% per il ricorrente nell'attività abituale e del 100% in attività sostitutive adeguate.

E. 9.1.1

In effetti, il dott. F. _____, nella propria relazione finale del 30 novembre 2013 per l'assicurazione contro gli infortuni (doc. B 31 pag. 39), ha posto la diagnosi di "doppia contusione della colonna lombosacrale patite nella serata del 31 agosto 2012 e notte del 1° settembre 2012 senza dimostrazione alcuna di lesioni morfologico strutturali ascrivibili ad infortunio agli esami radio strumentali (radiografie e risonanza magnetiche eseguite a distanza di meno di una settimana dagli eventi e a distanza di mesi dagli stessi)". Ha riconosciuto, per i soli postumi infortunistici, un'incapacità lavorativa totale fino al 1° settembre 2013, dopodiché non ha più ritenuto un legame di causalità tra gli infortuni e lo stato di salute alla data menzionata. Occorre tuttavia evidenziare che l'esperto dell'assicurazione contro gli infortuni non ha indicato non esserci più un'incapacità lavorativa - e quindi essere data l'esigibilità per l'assicurato di riprendere un'attività lavorativa - ma ha specificato che l'assicurazione contro gli infortuni non è più responsabile per le patologie di cui è affetto l'insorgente, nel senso che è venuto a cadere il legame di causalità tra l'infortunio e lo stato di salute al 1° settembre 2013. Il dott. F. _____ ha ritenuto essere stato raggiunto lo status quo sine. Ciò significa che, col trascorrere dell'anno, l'interessato ha raggiunto quello stato di salute che si sarebbe comunque prodotto anche senza l'infortunio. Il dott. F. _____ ha altresì precisato che le "indagini documentano gravi alterazioni degenerative del rachide lombosacrale" (doc. B 31 in particolare pag. 43).

E. 9.1.2

Dal canto suo, il dott. J. _____, nel suo parere del 14 maggio 2014 e nella relativa nota integrativa del 7 giugno 2014, si è distanziato dalle conclusioni del perito dott. H. _____ per quanto attiene alla residua capacità lavorativa del ricorrente a decorrere dal 1° settembre 2013 sia nella precedente attività (residua capacità lavorativa dello 0%) sia in quelle sostitutive adeguate (incapacità lavorativa dal 30 al 40%). Egli ha peraltro indicato che confrontando la refertazione medica del 15 aprile 2013 e quella del 16 aprile 2014 si nota un peggioramento dello stato di salute del ricorrente.

E. 9.1.3

Stante le succitate valutazioni dei dott.ri F. _____ e J. _____, alla perizia reumatologica del dott. H. _____ - del tutto priva di motivazione sull'asserito miglioramento dello stato di salute del ricorrente a decorrere dal 1° settembre 2013 - non può essere attribuito valore probatorio sufficiente al fine della risoluzione del presente caso. Occorre in particolare rilevare che nel complemento peritale del 22 aprile 2014, il dott. H. _____ non ha spiegato per quale motivo le gravi alterazioni degenerative del rachide lombosacrale rilevate in particolare dal dott. F. _____ nella relazione finale del 30 novembre 2013 sarebbero compatibili con l'esercizio di un'attività lavorativa sostitutiva adeguata già a decorrere dal 1° settembre 2013. Tale spiegazione è assolutamente necessaria anche in considerazione, da un lato, della valutazione sulla residua capacità lavorativa di cui alla nota integrativa del dott. J. _____ del 7 giugno 2014 - pur se con l'indicazione che quanto all'incapacità lavorativa si tratta di valutazione puramente teorica - e, dall'altro lato, all'assenza di conclusioni identiche a quelle del dott. H. _____ di medici specialisti in reumatologia fondate su nuovi esami medici oggettivi (in particolare ENG, EMG o RMN) eseguiti successivamente alla perizia del 25 marzo 2014, ma anteriormente alla pronuncia della decisione litigiosa, esami oggettivi che lo stesso dott. H. _____ non ha effettuato nell'ambito del complemento peritale del 22 aprile 2014.

E. 9.1.4

Dalle carte processuali emerge altresì, e piuttosto, che lo stato di salute del ricorrente è peggiorato nel tempo indipendentemente dagli infortuni del 31 agosto e 1° settembre 2012. Lo stesso dott. H._____ ha diagnosticato una "sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale in alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare", ciò che significa che di principio l'interessato è affetto da una patologia che col decorrere del tempo tende a peggiorare essendo, appunto, cronica e degenerativa. La dott.ssa E._____ ha anche diagnosticato una preesistente condizione patologica di natura cronica "sintomatica" dall'infortunio subito (doc. A 4 pagg. 27-29). Il dott. J._____ ha evidenziato il peggioramento dello stato di salute del ricorrente confrontando la refertazione medica del 15 aprile 2013 (doc. A 17 in particolare pag. 60) con quella del 16 aprile 2014 (doc. A 69 in particolare pagg. 188 e 191). Anche se quest'ultimo referto medico è posteriore alla perizia del 25 marzo 2014 del dott. H._____, tuttavia non lo è al suo complemento del 22 aprile 2014 ed è pure precedente alla data della decisione impugnata e deve pertanto essere preso in considerazione. Ora, ponendo come base di riferimento alla radiografia (RX) della colonna lombo sacrale del 5 settembre 2012 (doc. A 17 pag. 54) - nella quale è stato refertato: "rettilineizzazione della fisiologica lordosi e normale allineamento sul piano sagittale (...) spondilosi osteofitosa diffusa, più evidente in L2-L3 (...) note artrosiche dei processi interapofisari al tratto caudale e lieve riduzione d'ampiezza degli spazi intersomatici L2-L3, L4-L5-L5-S1" - confrontandola dapprima con l'esame ENG e EMG del 15 aprile 2013 (doc. A 17 pag. 60), dal quale in particolare è emerso un EMG indicativo di sofferenza muscolare neurogena cronica in territorio radicolare L4-L5-S1 di grado lieve bilaterale, e in seguito, con la RMN della colonna lombare del 16 aprile 2014 (doc. A 69 pag. 188), si può notare che la già diagnosticata rettilineizzazione del rachide del 2012 è nell'aprile 2014 in accenno all'inversione della curvatura, che vi sono manifestazioni discoartrosiche e aspetti degenerativi dei dischi, che il diametro sagittale del canale rachideo (normale nel 2012) è ai limiti inferiori della norma per brevità dei peduncoli vertebrali, che le protrusioni discali in L1-L2, L2-L3, L3-L4 e L5-S1 sono divenute da modeste a ampie e, da ultimo, la discopatia in L4-L5 (che nel 2012 si presentava come una lieve riduzione d'ampiezza degli spazi intersomatici) è nell'aprile 2014 con significato di piccola ernia. Ne discende che il confronto di questi referti non rende plausibile la tesi di un ritorno allo status quo ante.

E. 9.1.5

Peraltro, il dott. H._____ ha indicato, nella propria perizia del 25 marzo 2014, che "rimane da chiarire" fino a che punto i dolori lombari irradianti siano da ricondurre alle alterazioni degenerative plurisegmentali note da anni al rachide. Non è però dato sapere per quale ragione questa verifica non sia stata fatta, tanto più ove solo si rilevi che il perito non ha concluso ad una simulazione da parte del ricorrente, ma solo ad una possibile autolimitazione dello stesso (non dimostrata quindi in modo convincente).

E. 9.1.6

In conclusione, la perizia del dott. H._____ - compresi i successivi complementi del 22 aprile e 19 agosto 2014 - non risponde ai criteri necessari per cui alla stessa possa essere attribuito pieno valore probatorio, come rettamente rilevato dal ricorrente. Nessuna spiegazione, tanto meno una convincente, è fornita dal perito sul motivo per cui fino ad agosto del 2013 ha ritenuto l'insorgente inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività e poi dal 1° settembre 2013 sussista sia una capacità lavorativa del 40% nella precedente attività sia una del 100% in un'attività sostitutiva adeguata. Dalle carte processuali non risulta

documentazione medica oggettiva tale da giustificare una siffatta conclusione, lo stato di salute del ricorrente risultando piuttosto peggiorato dal momento degli infortuni di agosto/settembre 2012 fino alla data della decisione litigiosa, fermo restando che secondo il dott. F. _____, esperto dell'assicurazione contro gli infortuni, lo stato di salute del ricorrente al 1° settembre 2013 - di gravi alterazioni statico degenerative del rachide lombosacrale - sarebbe stato in tale data identico a quello riscontrato anche senza i menzionati infortuni. Tale valutazione, non consente manifestamente di corroborare la conclusione immotivata del dott. H. _____ relativa ad una residua capacità lavorativa del 40% nell'attività abituale e del 100% in un'attività sostitutiva adeguata a decorrere dal 1° settembre 2013, conclusione che non trova conferma, al di là di generici apprezzamenti dei medici SMR, in alcun altro rapporto medico fondato su esami medici oggettivi.

E. 9.1.7

Ma vi è di più. Al di là del fatto che non è stata altresì sufficientemente acclarata neppure la questione di sapere se il ricorrente soffra di una malattia artrosica invalidante (v. sulla questione il parere valutativo medico-legale della dott.ssa E. _____ dell'8 ottobre 2013 [doc. A 4 pag. 29]), giova rilevare che sulla base del rapporto del dott. J. _____, fondato su una RMN della colonna lombare del 16 aprile 2014 (cfr. doc A69 pag. 188), sussistono affezioni, in particolare la discopatia con significato di piccola ernia, che conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso di specie e segnatamente dei dolori di cui soffre il ricorrente, giustificavano e giustificano l'assunzione anche di una perizia neurologica, sussistendo dei concreti indizi che le patologie reumatologiche possano essere accompagnate anche da affezioni neurologiche aventi carattere invalidante.

E. 9.1.8

Non sussistono peraltro le condizioni affinché questo Tribunale statuisca direttamente nel merito della causa - ad eccezione di quanto previsto al considerando 4 del presente giudizio - le refertazioni mediche agli atti, segnatamente quelle di maggior rilievo dei dott.ri F. _____ e J. _____ non adempiendo neppure esse i criteri necessari per avere piena forza probatoria a tal fine. Essi consentono, per contro, di mettere in dubbio la valutazione peritale del dott. H. _____.

E. 9.2

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti dal profilo reumatologico e neurologico, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento.

E. 10.1

Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-1446/2013 del 16 ottobre 2014 consid. 8.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati (v. segnatamente consid. 8.3 e 9 del presente giudizio).

E. 10.2

Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione. La cassazione si giustifica per il fatto che dovranno essere eseguiti rispettivamente completati i necessari accertamenti medici secondo i considerandi del presente giudizio, segnatamente mediante una perizia pluridisciplinare comprendente perlomeno un esame neurologico e uno complementare ortopedico-reumatologico limitatamente al periodo decorrente dal 1° settembre 2013 (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4 e sentenza del TF 8C_633/2014 dell'11 dicembre 2014 consid. 3.2 e 3.3; v. pure consid. 8.3 del presente giudizio con rinvii), nonché effettuato ogni ulteriore esame (per esempio otorinolaringoiatrico e psichiatrico) che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute della ricorrente dovesse ancora rendere necessario, fermo restando che la perizia ortopedico-reumatologica sarà di principio affidata ad altro specialista rispetto a quello che ha eseguito quella poco convincente del 25 marzo 2014. Per il resto, e a seconda del risultato di tale istruttoria complementare, l'UAIE dovrà in particolare effettuare un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute e determinare il momento a partire dal quale decorre a favore del ricorrente l'eventuale versamento di una rendita (v. consid. 4 del presente giudizio) rispettivamente un eventuale adeguamento o soppressione della rendita.

E. 10.3

Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata l'autorità inferiore ha già correttamente ritenuto, e su questo punto il giudizio impugnato è giustamente rimasto incontestato (non sussistendo peraltro motivo di un intervento d'ufficio da questo profilo), che il ricorrente avrebbe avuto diritto ad una rendita intera dal 1° agosto 2013 al 31 dicembre 2013, qualora avesse presentato tempestivamente la sua domanda di rendita. Non era pertanto necessario conferire al ricorrente la facoltà di ritirare il proprio gravame.

E. 11.1

Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.-, versato il 30 giugno 2015, sarà restituito al ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato.

E. 11.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica l'attribuzione di un'indennità per 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]). L'indennità per spese ripetibili, in assenza di una nota d'onorario dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 2'800.- (compresi i disborsi ed esclusa l'IVA; cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-3058/2015 del 23 maggio 2016 consid. 22.4.4 con rinvii), tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. La stessa 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.