

BVGer C-7910/2015 vom 24. Oktober 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-10-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7910_2015

FR: TAF C-7910/2015 du 24 octobre 2017

IT: TAF C-7910/2015 del 24 ottobre 2017

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

E. 1.2

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA).

E. 2.1

Giusta l'art. 40 cpv. 1 lett. b OAI (RS 831.201), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero è competente, fatti salvi i capoversi 2 e 2bis, se gli assicurati sono domiciliati all'estero. Il cpv. 2 di tale norma stabilisce che per la ricezione e l'esame delle richieste dei frontalieri è competente l'Ufficio AI nel cui campo d'attività essi esercitano un'attività lucrativa; questa regola si applica anche ai vecchi frontalieri, a condizione che al momento della richiesta il loro domicilio abituale si trovi ancora nella zona di frontiera ed il danno alla salute risalga all'epoca della loro attività frontaliera. L'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero notifica le decisioni.

E. 2.2

Nella specie, l'interessato risiede nella zona di confine e la malattia si è manifestata durante lo svolgimento dell'attività quale frontaliere (consid. A e B). L'Ufficio AI cantonale è dunque competente per esaminare sul merito la domanda di rendita. L'UAIE è competente

per emanare e notificare le decisioni relative.

E. 3.1.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

E. 3.1.2

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. 3.1.3

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. 3.1.4

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. 3.1.5

Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

E. 3.2.1

Dal profilo temporale si applicano 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 con rinvii, nonché 129 V 1

consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 3.2.2

Nell'evenienza concreta, la decisione impugnata, con cui è stata respinta la nuova richiesta di prestazioni AI del 10 gennaio 2014, è stata emessa il 10 novembre 2015. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente, ritenuto che il diritto alle prestazioni di invalidità sarebbe sorto al più presto il 1° luglio 2014 (art. 29 cpv. 1 LAI).

E. 4

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 10 novembre 2015. 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 (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5, nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 5

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

E. 6

Oggetto del contendere, nel caso concreto, è la mancata assegnazione di una rendita di invalidità al ricorrente in seguito all'asserito peggioramento intervenuto dopo l'assegnazione della rendita limitata nel tempo, e meglio l'accertamento incompleto dei fatti rilevanti da parte dell'autorità inferiore consistente nel mancato approfondimento di aspetti medici determinanti.

E. 6.1

A mente del ricorrente il caso è stato valutato dall'amministrazione tenendo conto unicamente della problematica alla spalla destra e non delle ulteriori affezioni riguardanti

l'anca destra e la zona lombare, nonché della patologia di natura psichiatrica. Non essendo stata fatta una valutazione complessiva l'incarto va rinviato all'UAI cantonale affinché proceda al completamento dell'istruttoria.

E. 6.2

Dal canto suo l'autorità inferiore non considera oggettivata alcuna problematica di natura psichiatrica avente effetto sulla capacità lavorativa e ritiene quindi di aver sufficientemente indagato le patologie da cui è affetto il ricorrente.

E. 7.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 7.2

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%.

E. 7.3

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). 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. 7.4

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente

superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

E. 7.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 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 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; metodo generale del raffronto dei redditi). In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

E. 7.6

La nozione di invalidità in ambito AI coincide con quella vigente in ambito LAINF e nell'assicurazione militare (art. 16 LPGA; DTF 127 V 129 consid. 4d; 133 V 549 consid. 6). Se il danno alla salute è il medesimo, la valutazione dell'invalidità in ambito AI, LAINF e assicurazione militare dovrebbe condurre al medesimo grado di invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; 126 V 288 consid. 2a con rinvii). Un assicuratore non è tuttavia vincolato ad una decisione emessa da un altro ente per esempio nel caso in cui il grado di invalidità risulta da un accordo intercorso tra le parti (DTF 127 V 129 consid. 4d; 126 V 288 consid. 2a) rispettivamente si fonda su un errore di diritto (DTF 126 V 288 consid. 2a).

E. 8.1

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. 8.2

Giusta l'art. 88a cpv. 2 OAI, se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o se il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità aumenta, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole. L'articolo 29bis OAI è applicabile per analogia.

E. 8.3

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 Tribunale federale 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. 8.4

Se inoltre, nell'ambito di una prima domanda, la rendita è stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI [RS 831.201]). Ciò vale anche per le rendite assegnate per un periodo limitato nel tempo.

E. 8.5

Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione di fatto vigente al momento del provvedimento litigioso (in concreto al 10 novembre 2015 - doc. 108) con quella esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato (nel caso concreto il 24 aprile 2013 - doc. 53) che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e determinazione del grado d'invalidità (DTF 133 V 108 consid. 5 e 130 V 71 consid. 3.2.3).

E. 8.6

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. 8.7

Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (v. sentenza del Tribunale federale 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3; SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, 9C_418/2010, consid. 3.1; 9C_32/2012 consid. 2).

E. 9.1

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

E. 9.2

Alfine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

E. 9.3

Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3).

E. 9.4

In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

E. 9.5

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 pag. 232; 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. questa Corte 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. 9.6

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 - o come in concreto di assegnazione retroattiva di una rendita limitata nel tempo - 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. 9.7

Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

E. 9.8

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 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 (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 10.1

Nel caso concreto, per valutare la prima richiesta di prestazioni del 22 giugno 2011 (doc. 2), l'amministrazione cantonale si era fondata sostanzialmente sugli accertamenti svolti dall'INSAI (cfr. consid. C), fondandosi sulle conclusioni espresse nel rapporto di chiusura del 26 novembre 2012 (doc. LAINF 74), poi completate con il rapporto del 27 marzo 2013 (allestito dopo gli accertamenti urologici - doc. LAINF 76). Il dr. F._____ aveva posto le seguenti diagnosi (doc. LAINF 74 p. 8-9): "Esiti da incidente della circolazione con motocicletta il 21.7.2010 con fratture costali multiple emitorace destro (da costale XI a costale IX a destra). Nello stesso infortunio fratture dislocate dei processi trasversi da L1 a L5 a destra, vedasi due esami RMI sopraccitati (del 24 agosto 2011 e del 10 gennaio 2012 [doc. LAINF 37 e 49], ndr.). Disfunzione erettile e mini-incontinenza urinaria da rivalutarsi, con problemi mai esistenti prima del trauma. Leggera contusione della caviglia sinistra risoltasi senza più problemi attuali a questo livello. Esiti da trauma contusivo braccio destro con contusione della spalla destra, vedasi RM sopraccitato (del 12 maggio 2012 [doc. LAINF 68], ndr.), non constatazione di lesioni traumatiche." Pur non prescrivendo nessun particolare trattamento - in aggiunta alla terapia medicamentosa già in atto per i problemi erettili - il dr. F._____ aveva indicato come non più esigibile l'attività di autista con mansioni di magazziniere in precedenza esercitata, in ragione dei limiti funzionali riscontrati in particolar modo nel sollevamento e nel trasporto di pesi (senza limitazione solo fino a 5-10kg, raro al di sopra dei 10kg e mai oltre i 25kg - doc. LAINF 74 p. 10). L'interessato era stato per contro ritenuto interamente abile, a partire dal 3 dicembre 2012, in attività adeguate allo stato di salute, quale ad esempio l'attività di autista senza mansioni di carico/scarico delle merci (doc. LAINF 74 p. 11).

E. 10.2

Sulla scorta dei summenzionati atti medici, l'autorità inferiore aveva dunque ritenuto i seguenti periodi di inabilità lavorativa: - 100% dal 21 luglio 2010 al 22 gennaio 2012, - 0% dal 23 gennaio 2012 al 22 aprile 2012 (ripresa dell'attività abituale a tempo pieno), - 100% dal 23 aprile 2012 al 23 novembre 2012 (ricaduta). Con decisione del 24 aprile 2013 (doc. 53) l'UAIE aveva quindi riconosciuto a A._____ il diritto ad una rendita intera dal 1° dicembre 2011 al 31 gennaio 2012 e in seguito dal 1° aprile 2012 (in ragione della ricaduta - cfr. art. 29bis OAI) al 28 febbraio 2013 (trascorsi tre mesi dalla visita di chiusura LAINF - cfr. art. 88a cpv. 1 OAI).

E. 11.1.1

Il 10 gennaio 2014 l'insorgente ha chiesto, per il tramite della patrocinatrice nominata allo scopo, una rivalutazione del caso (doc. 56), presentando dei nuovi atti medici a supporto della richiesta di prestazioni, fra cui i più recenti esami strumentali alla schiena e agli arti

(allegati ai doc. 56 e 71), e meglio: - Il referto RM alla colonna lombosacrale del 31 ottobre 2013 che attesta una situazione invariata rispetto al passato, ovvero rispetto all'indagine del 10 gennaio 2012 (doc. LAINF 49). - Il referto RM all'anca destra del 19 novembre 2013, che contrariamente al precedente esame del 25 agosto 2011 (doc. LAINF 39), evidenzia l'insorgere di una modesta sclerosi ossea subcondrale dei tetti acetabolari e un lieve assottigliamento della cartilagine di rivestimento articolare femoro-acetabolare destra. - Il referto RM alla spalla destra del 19 novembre 2013 dal quale emerge, rispetto al precedente esame del 12 maggio 2012 (doc. LAINF 68), la presenza di una discreta tendinosi del sovraspinoso e delle alterazioni tendinosiche interessanti il tendine sottoscapolare. Preso atto di tali esami il dr. Q._____, specialista in ortopedia presso l'Ospedale di Circolo di D._____, nel rapporto ortopedico del 18 dicembre 2013 ha prescritto delle infiltrazioni locali in prossimità dell'anca destra e dei cicli di fisioterapia per la spalla destra, per la quale ha inoltre previsto un accertamento radiografico (allegato ai doc. 56 e doc. 76). Sono stati successivamente prodotti dall'interessato: il referto RX alla spalla destra del 15 marzo 2014, dal quale non sono emerse né alterazioni osseo-strutturali o articolari, né calcificazioni (allegato al doc. 77); il rapporto ortopedico del 1° aprile 2014 della dr.ssa R._____, nel quale viene indicata la necessità di un intervento chirurgico alla spalla destra (allegato al doc. 77); il rapporto del 4 agosto 2014 della dr.ssa S._____, medico chirurgo e specialista in medicina legale e delle assicurazioni, stante il quale le problematiche all'anca e alla spalla destra, sebbene aggravate dall'evento traumatico del 2010, risultano ascrivibili a un quadro degenerativo preesistente, seppur modesto (allegato a doc. 80); la documentazione clinica e infermieristica relativa all'intervento di artroscopia diagnostica con acromionplastica alla spalla destra, eseguito in regime di Day Hospital il 22 ottobre 2014 dal dr. T._____ (allegati ai doc. 84 e 90).

E. 11.2.1

Esaminata la nuova documentazione medica, il dr. N._____, medico SMR, ha ritenuto giustificata l'incapacità lavorativa dell'assicurato a seguito dell'intervento del 22 ottobre 2014, sebbene, a suo dire, non dettata dalle medesime patologie che l'hanno determinata in precedenza (cfr. doc. 85 p. 2), quando è stato riconosciuto il periodo di invalidità. Rimandando la valutazione dei limiti funzionali al termine della convalescenza, egli ha comunque espresso una prognosi positiva circa la ripresa dell'attività da "ultimo svolta" (cfr. annotazione SMR del 31 ottobre 2014 - doc. 86).

E. 11.2.2

Con annotazione SMR del 23 aprile 2015 il dr. N._____ ha riconosciuto al ricorrente una piena inabilità lavorativa durante i quattro mesi successivi all'operazione del 22 ottobre 2014, considerando in seguito ripristinato lo status quo ante, ossia una capacità lavorativa completa in attività adeguata (doc. 92).

E. 11.2.3

A seguito dell'opposizione al progetto di decisione del 28 aprile 2015 (doc. 93) alla quale è stato allegato il certificato medico del 27 maggio 2015 del dr. K._____ (doc. 94), il dr. N._____ ha richiesto l'allestimento di una perizia reumatologica, alla luce delle lombalgie ricorrenti e degli esiti di artroscopia diagnostica alla spalla destra (doc. 95).

E. 11.3

Il ricorrente ha inoltre prodotto il rapporto del dr. K._____ del 23 luglio 2015, che, in qualità di medico curante, oltre alle problematiche note, evoca per la prima volta dei

sintomi compatibili con un disturbo di depressione ansiosa a suo avviso necessitante di specifica terapia (doc. 99). Infine, il rapporto del 26 agosto 2015 del dr. O._____, che, a seguito dell'esame clinico, ritenendo ormai stabilizzato lo stato di salute dell'assicurato ha indicato sussistere un "danno permanente alla capacità lavorativa generica complessiva valutabile nella misura non inferiore al 30%" (doc. 101).

E. 11.4

Nel rapporto peritale del 24 settembre 2015 il dr. P._____ ha indicato le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. 102 pp. 6-7): a. Lombalgie ricorrenti su base posturale e post traumatica con: - stato dopo fratture costali multiple da AVI a XI a destra con versamento pleurico e versamento addominale senza lesione, frattura dislocate dei processi trasversi L1/L5 a destra nel luglio 2010. - stato dopo acromionplastica artroscopica per sindrome di conflitto subacromiale alla spalla destra." b. Sindrome ansioso depressiva. Pur non esprimendosi - a ragione, esulando dal contesto reumatologico - su quest'ultima diagnosi, il dr. P._____ ha comunque consigliato l'esecuzione di una visita psichiatrica. Dal punto di vista puramente reumatologico il perito ha ritenuto l'assicurato inabile al 100% nell'attività precedente di autista magazziniere, essendo la stessa abbastanza pesante, implicando la posizione eretta, sovente con anteflessione, rotazione del tronco e il sollevamento di carichi superiori a quelli attualmente possibili (capacità ridotta a 10 kg). Per contro, senza specificare a partire da quale momento, egli lo ha considerato abile al 100% con rendimento massimo in un'attività adeguata al suo stato di salute e alle sue risorse, che gli consenta di eseguire la maggior parte delle mansioni in posizione seduta, tralasciando il sollevamento di carichi (capacità ridotta a 10 kg) e con possibilità di pause supplementari (doc. 102 p. 7).

E. 11.5

Dal canto suo il dr. N._____, nel rapporto finale SMR del 2 ottobre 2015 ha indicato le seguenti diagnosi aventi influsso sull'abilità lavorativa (doc. 103): - Lombalgie ricorrenti su base posturale e post traumatica con: stato dopo fratture costali multiple con versamento pleurico, versamento addominale senza lesione, frattura dislocate dei processi trasversi L1/L5 a destra risalenti a luglio 2010. - Stato dopo acromionplastica artroscopica per sindrome di conflitto subacromiale alla spalla destra. Senza influsso sulla capacità lavorativa è stata diagnosticata una sindrome ansioso-depressiva. Egli ha dunque confermato quanto già esposto nell'annotazione del 23 aprile 2015 (doc. 92) riguardo al periodo di inabilità lavorativa e la successiva esigibilità di una ripresa lavorativa in un'attività adeguata, riprendendo i limiti attestati dal perito (doc. 103 p. 2).

E. 12.1

L'art. 59 cpv. 2bis LAI ricorda che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici

curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 12.2

I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare - a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche - la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

E. 12.3

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

E. 13.1

Nel caso in esame tali dubbi sussistono su più punti circa la valutazione del SMR deducibile dal rapporto finale del 2 ottobre 2015 (consid. 11.5).

E. 13.1.1

In primo luogo va rilevato che fra le diagnosi elencate il medico del SMR ha inserito la sindrome ansioso-depressiva qualificandola tuttavia come non suscettibile di influire sulla capacità lavorativa. Non se ne comprende il motivo, dal momento che la stessa era stata espressamente indicata dal dr. P._____, nel rapporto peritale del 25 settembre 2015, come suscettibile di influenzare la capacità lavorativa del ricorrente (doc. 102 p. 7), il quale aveva consigliato di esperire una perizia in tale ambito. L'insorgere della suddetta problematica e il bisogno di una terapia mirata era per altro stata evocata anche dal dr. K._____ nel rapporto del 23 luglio 2015 (allegato al doc. 99). Dal canto suo il dr. P._____, potendo esprimere unicamente una valutazione dal punto di vista reumatologico, aveva suggerito di predisporre una visita psichiatrica, che avrebbe senz'altro permesso di valutare l'esistenza o

meno di tale patologia e nell'affermativa, il momento in cui si è manifestata per la prima volta e in che modo essa influenza eventualmente la capacità lavorativa dell'interessato. Ciononostante nessun particolare accertamento, né alcun approfondimento volto a chiarire maggiormente la fattispecie è stato approntato dal SMR, che tra l'altro non dispone di alcuna specializzazione in tale ambito e pertanto neppure poteva esprimersi senza aver consultato uno specialista. Già solo per questa grave lacuna nell'istruttoria - un aspetto rilevante è stato completamente ignorato - gli atti andrebbero rinviati all'autorità inferiore per procedere ad un accertamento completo.

E. 13.1.2

Questo Tribunale rileva, inoltre, che non è dato sapere su quali elementi oggettivi si sia fondato il dr. N._____ per affermare che dopo quattro mesi dall'operazione alla spalla destra del 22 ottobre 2014 poteva essere considerata ristabilita la piena capacità lavorativa come autista o in un'attività adeguata (cfr. annotazione SMR del 23 aprile 2015 [doc. 92], confermata nel rapporto finale del 2 ottobre 2015 [doc. 103]). Nulla agli atti infatti permette di sostanziare maggiormente tale conclusione. Neppure la perizia reumatologica del 25 settembre 2015 del dr. P._____, che per altro, pur ritenendo l'assicurato interamente abile al lavoro in attività adeguata al suo stato di salute e alle sue risorse, non indica da quando tale esigibilità lavorativa sia effettivamente data (doc. 102). Figura invece agli atti il parere contrario del dr. O._____ (doc. 101), che nel rapporto del 26 agosto 2015, ha ritenuto sussistere "una limitazione funzionale globale di quasi un terzo di tutti i movimenti della spalla (in particolare l'elevazione oltre la spalla e la rotazione interna-postergazione con mano destra a livellolombare, quella sinistra a livello interscapolare)" e pertanto, anche in un'attività adeguata di sostituzione, un'inabilità lavorativa di almeno il 30%. In merito a tale valutazione, né il perito reumatologo, né il medico del SMR si sono espressi. A ben vedere, neppure in corso di causa l'amministrazione ha preso posizione sull'inedita e divergente valutazione esposta dal dr. O._____, che seppur medico di fiducia del ricorrente, resta comunque uno specialista in chirurgia e medicina assicurativa (doc. TAF 4). Di tale specializzazione non dispone per contro il dottor N._____.

E. 13.2

In definitiva, anche facendo astrazione dalla problematica di natura psichiatrica, la cui esistenza e il cui influsso sulla capacità lavorativa dovrà essere accertato dall'autorità inferiore, non risulta provato con il grado della verosimiglianza valido nelle assicurazioni sociali, il momento in cui l'insorgente avrebbe recuperato in tutto o in parte la propria abilità lavorativa, a seguito dell'intervento alla spalla destra e alla recrudescenza dei problemi all'anca destra, attestati dall'esame RM del 19 novembre 2013 (doc. 56) e dai rapporti ortopedici del 18 dicembre 2013 (doc. 56) e del 1° aprile 2014 (doc. 77) e non considerati dal medico SMR (cfr. annotazione SMR del 31 ottobre 2014 [doc. 86], annotazione SMR del 23 aprile 2015 [doc. 92] e rapporto finale del 2 ottobre 2015 [doc. 103]). Non è oltretutto possibile accertare se, effettivamente, sia stato raggiunto lo status quo ante, ossia lo stato di salute attestato al termine della procedura infortunistica (doc. LAINF 74) e ritenuto nell'ambito della prima decisione dell'UAIE del 24 aprile 2013 (doc. 53 - cfr. consid. 10.1-10.2), dal momento che non è stato sufficientemente indagato quale influsso hanno avuto sulla capacità lavorativa i problemi alla spalla destra e all'anca destra prima dell'intervento chirurgico del 22 ottobre 2014. Non vi sono cioè indicazioni conclusive sull'evoluzione dello stato di salute dopo la soppressione della rendita.

E. 14.1

In simili condizioni gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione.

E. 14.1.1

Di conseguenza, la perizia reumatologica del dr. P. _____ (doc. 102), andrà completata indicando a partire da quale data, da un punto di vista strettamente reumatologico, l'assicurato può essere considerato interamente abile in attività adeguata al danno alla salute e ai limiti funzionali elencati a pagina 7 della perizia. Il dr. P. _____ si esprimerà inoltre sulla necessità o l'opportunità di un consulto specialistico in ortopedia e in neurologia, onde accertare in modo approfondito e completo l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa dell'insorgente prima e dopo l'intervento alla spalla destra del 22 ottobre 2014, tenendo conto sia delle problematiche post-infortunistiche che di quelle degenerative riguardanti l'anca destra, la colonna lombare e il braccio destro. In particolare saranno eseguiti tutti quegli esami strumentali e radiologici che il caso - e l'evoluzione nel tempo dello stato di salute - richiede. Il ricorrente andrà inoltre sottoposto a una perizia psichiatrica al fine di valutare la sospetta sindrome ansioso-depressiva. Da tale referto dovrà in particolare emergere il momento in cui l'eventuale disturbo psichiatrico ha iniziato a manifestarsi e l'influsso di tale patologia sulla capacità lavorativa dell'insorgente.

E. 14.1.2

Dai referti dovrà emergere la misura dell'incapacità lavorativa in attività eventualmente ancora esigibili e la decorrenza della stessa alla luce di una valutazione espressa congiuntamente dai vari periti. Dalla valutazione pluridisciplinare esposta congiuntamente dai periti dovrà altresì emergere l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa a far tempo dall'ultima decisione del 24 aprile 2013 (doc. 53).

E. 14.2

In siffatte circostanze, non essendo stati chiariti aspetti medici determinanti - in particolare essendo stato tralasciato completamente l'accertamento di un aspetto, quello psichiatrico - neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, nel senso indicato da questo Tribunale. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale giustificato qualora l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria, non essendo compito del Tribunale effettuare in prima battuta i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

E. 15

Da quanto esposto discende che il ricorso deve essere accolto, nel senso che la decisione impugnata, fondandosi su un accertamento incompleto dei fatti determinanti, viene annullata e gli atti di causa ritornati all'amministrazione, affinché proceda al completamento dell'istruttoria nel senso precedentemente indicato e si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita di invalidità dell'assicurato.

E. 16.1

A tal proposito, si rammenta che, laddove il reddito da valido si trova ad essere inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente e la persona assicurata, per motivi non

imputabili all'invalidità (quali scarsa formazione scolastica, formazione professionale carente, conoscenze linguistiche lacunose, limitate possibilità di assunzione a causa dello statuto di residenza rispettivamente problematiche legate al mercato del lavoro), ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media e non vi è motivo di ritenere che fosse intenzionata ad accontentarsi di un reddito modesto, occorre parallelizzare i due redditi da porre a confronto (sentenze del TF 9C_112/2012 del 19 novembre 2012 consid. 4.4 e 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 6.2 e 6.4; DTF 135 V 58 consid. 3.1 e DTF 134 V 322 consid. 4.1, 5.2 e 6.2).

E. 16.2

Ritenuto che il raffronto dei redditi operato dall'amministrazione in occasione della prima decisione (doc. 41) non ha tenuto conto del fatto che il reddito da valido percepito dall'assicurato era nettamente inferiore a quello ipotetico che egli avrebbe potuto conseguire, in attività adeguata, da invalido, applicando i valori nazionali, segnatamente non ha esaminato se nel caso concreto i redditi andassero parallelizzati, l'autorità inferiore è invitata, nel nuovo calcolo, a esaminare se in concreto sono dati i presupposti per procedere in tal senso. In particolare, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico (cfr. DTF 134 V 322 consid. 4.1; sentenza del Tribunale federale I 630/02 del 5 dicembre 2003 consid. 2.2.2). In una sentenza dell'8 maggio 2009, il Tribunale federale ha poi precisato che un reddito è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente, allorquando il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore. Pertanto, il parallelismo dei redditi di paragone va effettuato soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (cfr. DTF 135 V 297).

E. 17.1

Infine a proposito della decorrenza dell'eventuale nuova rendita e del periodo d'attesa va rilevato che per l'art. 29bis OAI se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado d'invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado d'invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'articolo 28 capoverso 1 lettera b LAI.

E. 17.2

Se l'invalidità rinasce per motivi diversi da quelli che avevano giustificato in passato l'erogazione di una rendita temporanea (nel frattempo soppressa) ci si trova in presenza di un nuovo evento assicurato. In tal caso il versamento della nuova rendita interviene al più presto dopo sei mesi dal nuovo annuncio all'AI (art. 29 cpv. 1 LAI). L'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI non è applicabile, nemmeno per analogia (DTF 140 V 2 consid. 5).

E. 17.3

Nel caso in esame la problematica alla spalla destra si era presentata in seguito all'infortunio del 21 luglio 2010 e aveva già giustificato nell'ambito della prima procedura l'inesigibilità della precedente attività svolta, in quanto questa riattivava i dolori (si confronti consid. C.a.e), contrariamente a quanto sembra sostenere il dr. N. _____ (consid.12.2.1). Ne consegue che in simili circostanze l'anno d'attesa relativo alla prima procedura potrebbe essere computato ai sensi del citato art. 29bis OAI succitato (si cfr. anche doc. 85).

E. 18

Da ultimo va rilevato che pendente causa amministrativa al ricorrente non era stata trasmessa la perizia del dr. P. _____ (doc. 102, cfr. doc. TAF 1 p. 4). Trattandosi di un atto determinante per la risoluzione della vertenza tale omissione configura di principio una violazione del diritto di essere sentito. La questione non va tuttavia risolta in questa sede in quanto come detto gli atti vanno rinviati all'autorità inferiore per altri motivi.

E. 19

Con decisione incidentale del 18 febbraio 2016 il ricorrente è stato ammesso al beneficio dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio. L'avv. Immacolata Iglia Rezzonico è stata nominata quale difensore d'ufficio nella presenta procedura.

E. 19.1

Visto l'esito della causa non si prelevano spese processuali (art. 63 PA). La decisione di ammissione all'assistenza giudiziaria è pertanto priva di oggetto.

E. 19.2

In base all'art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 (TS-TAF, RS 173.320.2), l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può, d'ufficio o a domanda, assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. In concreto il ricorso è integralmente accolto.

E. 19.2.1

Giusta l'art. 14 cpv. 1 TS-TAF, le parti che chiedono la rifusione di spese ripetibili devono presentare al Tribunale, prima della pronuncia della decisione, una nota particolareggiata delle spese. Se non viene prodotta una nota spese particolareggiata, il giudice fisserà un'indennità sulla base degli atti (art. 14 cpv. 2 TS-TAF).

E. 19.2.2

Secondo gli art. 8 e 9 cpv. 1 TS-TAF, le ripetibili comprendono, fra l'altro, le spese di patrocinio, ossia l'onorario dell'avvocato, ed i disborsi, quali, segnatamente, le spese di fotocopiatura, le spese di porto e le spese telefoniche. L'art. 10 cpv. 1 e 2 TS-TAF precisa che l'onorario dell'avvocato è calcolato in funzione del tempo necessario alla rappresentanza della parte; la tariffa oraria per gli avvocati oscilla tra un minimo di 200 e un massimo di 400 franchi.

E. 19.2.3

Secondo giurisprudenza, nell'ambito del suo potere d'apprezzamento, il Tribunale di prima istanza determina l'onorario dell'avvocato in funzione dell'importanza e delle difficoltà della lite nonché dell'ampiezza del lavoro e del dispendio orario (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_284/2012 del 18 maggio 2012 consid. 6).

E. 19.2.4

Per valutare l'importanza del lavoro e del tempo consacrato, occorre tenere conto del fatto che la procedura in materia di assicurazioni sociali è retta dalla massima inquisitoria, ciò che, di solito, facilita il compito del mandatario. Quanto all'attività di quest'ultimo suscettibile di essere considerata, essa non può comprendere le azioni inutili o superflue.

Inoltre, le iniziative intraprese prima della promozione della fase processuale non possono essere ritenute (cfr. sentenza del Tribunale federale I 452/05 del 27 novembre 2006 consid. 5.5 e relativi riferimenti).

E. 19.3.1

Nel caso concreto, con scritto del 25 gennaio 2016, la rappresentante del ricorrente ha inviato la fattura del 31 dicembre 2015 di fr. 4'400.- (doc. TAF 5). Di tale fattura è stato successivamente trasmesso il dettaglio delle prestazioni eseguite, nonché una nuova fattura di fr. 544.50.- datata 20 luglio 2017 (doc. TAF 12).

E. 19.3.2

Il caso in esame non è particolarmente complesso dal punto di vista dei fatti, ritenuto che la nuova domanda di rendita d'invalidità svizzera è stata presentata il 10 gennaio 2014 e che l'incarto dell'UAIE non è voluminoso. La fattispecie non pone peraltro questioni in diritto di particolare difficoltà.

E. 19.3.3

Ciò premesso, la nota d'onorario del 25 gennaio 2016 non può essere confermata. In primo luogo si tratta per lo più di prestazioni svolte in sede amministrativa, dunque precedenti l'inizio della fase processuale. Possono di conseguenza essere conteggiate unicamente le prestazioni registrate a decorrere dal 13 novembre 2015, ossia dalla ricezione della decisione impugnata da parte del legale del ricorrente. Per quanto riguarda le spese un importo forfettario a questo titolo non può essere riconosciuto (art. 11 cpv. 1 del Regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al TAF [RS 173.320.2]; cfr. anche sentenza del TAF A-4556/2011 del 27 marzo 2012 concid. 3.1.3 e C-45/2014 del 26 luglio 2016 consid. 9.2.2). Lo stesso vale per la nota d'onorario del 19 luglio 2017.

E. 19.4

Stando così le cose, esaminati l'atto di ricorso del 3 dicembre 2015, le osservazioni del 19 luglio 2017, la documentazione esibita, la difficoltà della presente vertenza e tenuto conto di casi analoghi, questa Corte ritiene adeguata un'indennità forfetaria (comprensiva di onorario e spese) di fr. 2'800. La decisione di ammissione al gratuito patrocinio diventa pertanto priva di oggetto.

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