

BVGer C-1067/2017 vom 16. September 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-09-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1067_2017

FR: TAF C-1067/2017 du 16 septembre 2019

IT: TAF C-1067/2017 del 16 settembre 2019

Regeste

Provvedimenti d'integrazione

Erwägungen

E. 1.1

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, 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 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), che ha altresì pagato l'acconto spese, il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1.1

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

E. 2.1.2

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. 2.1.3

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. 2.1.4

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. 2.1.5

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. 2.2.1

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

E. 2.2.2

La decisione impugnata con cui l'UAIE ha rifiutato di attribuire una rendita di invalidità è stata emessa il 19 gennaio 2017, mentre il diritto alla rendita sorgerebbe al più presto il 1° maggio 2014 (e meglio dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni - consid. B.a - conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA [art. 29 cpv. 1 LAI]). Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le eventuali modifiche successive intervenute fino alla data della decisione impugnata.

E. 3

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

pronunciata, e meglio il 19 gennaio 2017. 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), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V consid. 3a in fine).

E. 4

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. 5

Oggetto del contendere è unicamente il diritto di A. _____ di percepire una rendita intera di invalidità a partire dal 1° dicembre 2012 (recte da maggio 2014, consid. 2.2.2). Il rifiuto di accordare provvedimenti professionali non è infatti contestato.

E. 5.1

In particolare l'insorgente, fondandosi sulla documentazione medica agli atti, sostiene che lo stato di salute è peggiore rispetto a quello rilevato nella perizia pluridisciplinare, che lo stesso si è aggravato ulteriormente a seguito dell'infortunio verificatosi il 14 dicembre 2016, contestando infine l'attestata esigibilità di svolgere un'attività lavorativa sostitutiva adeguata in ragione delle limitazioni funzionali (doc. TAF 1 e allegati, doc. TAF 19 e allegati, doc. TAF 23 e allegati).

E. 5.2

L'amministrazione sostiene per contro, sulla base in particolare della perizia pluridisciplinare del SAM del 16 agosto 2016 (doc. UAIE 132-1 a 132-35), e sulla presa di posizione del SAM del 21 dicembre 2016 (doc. UAIE 156), che il ricorrente presenta una capacità lavorativa dell'80% dal 15 ottobre 2013 al giugno 2015 e del 75% dal luglio 2015 (intese come diminuzioni del rendimento, del 20%, rispettivamente del 25%) nell'esercizio di un'attività rispettosa delle limitazioni funzionali e che l'ulteriore peggioramento dello stato di salute conseguente al nuovo evento infortunistico, fatto valere per la prima volta in sede ricorsuale (doc. 28 allegato al doc. TAF 1), deve essere considerato quale nuova domanda, da valutare una volta conclusa la presente vertenza.

E. 6.1

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

il diritto alla singola prestazione.

E. 6.2

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 al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

E. 6.3

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).

E. 6.4

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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA 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.

E. 7.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 7.2

In assenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

E. 7.3

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; 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, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la 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 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

E. 8

Secondo una giurisprudenza del Tribunale federale, risalente al 2004, i disturbi da dolore somatoforme, la fibromialgia ed i disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi potevano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili e non erano atti a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettibile di cagionare un'invalidità. In tale ambito, una persona era ritenuta incapace di fare simili sforzi ed era considerata invalida solo qualora presentava una comorbidità psichica importante ed adempiva determinati criteri (detti di Förster; DTF 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 e 130 V 352 consid. 2.2.3).

E. 9.1

Con la sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza, abbandonando la presunzione secondo cui i disturbi da dolore somatoforme possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile da parte della persona che ne è affetta (DTF 141 V 281 consid. 3.4.2.2) nonché il requisito della presenza di una comorbidità psichica e del suo ruolo preponderante (DTF 141 V 281 consid. 4.1.1, 4.3.1.1 e 4.3.1.3). Il Tribunale federale ha dapprima rilevato che, in ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, quali l'ICD-10 (classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati) e il DSM-IV (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali; DTF 141 V 281 consid. 2.1 e 3.2; 131 V 49 consid. 1.2; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). Il Tribunale federale ha poi stabilito che la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di disturbi da dolore somatoforme oppure di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 141 V 281 consid. 4.2) deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 3.4 e 3.6; sentenze del TF 8C_569/2015 del 17 febbraio 2016 consid. 4.1 e 9C_615/2015 del 12 gennaio 2016 consid. 6.3).

E. 9.2

Il Tribunale federale ha stabilito degli indicatori per la valutazione del carattere invalidante delle affezioni psicosomatiche, suddividendoli in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3): A. Categoria " gravità funzionale " a. Complesso " danno alla salute " i. Risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi ii. Successo od insuccesso del trattamento iii. Successo od insuccesso della reintegrazione iv. Comorbidità b. Complesso " personalità " (diagnosi della personalità, risorse personali) c. Complesso " contesto sociale " B. Categoria " coerenza " (aspetti del comportamento) a. Limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili b. Sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione.

E. 9.3

Gli indicatori della categoria " gravità funzionale " costituiscono la base della valutazione del caso concreto, le cui conclusioni dovranno poi essere analizzate nell'ambito della valutazione del caso secondo gli indicatori della categoria " coerenza ", tenendo altresì conto delle circostanze particolari della fattispecie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3 e 4.3). Il catalogo di indicatori è peraltro destinato a modificarsi in relazione agli sviluppi delle conoscenze scientifiche (DTF 141 V 281 consid. 4.1.1).

E. 9.4

Per quanto attiene ai menzionati indicatori per la valutazione del caso, il Tribunale federale ha ritenuto che bisognerà tener conto maggiormente degli effetti delle affezioni psicosomatiche sulla capacità della persona di esercitare il proprio lavoro e di compiere gli atti della vita quotidiana. Nell'ambito della diagnosi, si dovrà prendere in considerazione il fatto che una diagnosi di disturbo da dolore somatoforme implica un certo grado di gravità (DTF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). Lo svolgimento e l'esito dei trattamenti terapeutici e delle misure di reintegrazione professionale forniranno altresì delle indicazioni sulle conseguenze delle affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). Bisognerà prendere in considerazione anche le risorse personali della persona in rapporto alla sua personalità ed al contesto sociale in cui vive (DTF 141 V 281 consid. 4.3.2 e 4.3.3). Sarà altresì determinante la questione di sapere se le limitazioni funzionali si manifestano nello stesso modo in tutti gli ambiti della vita (lavoro e tempo libero) e se la sofferenza implica il ricorso alle offerte terapeutiche esistenti (DTF 141 V 281 consid. 4.4 a 4.4.2).

E. 9.5

Il Tribunale federale ha comunque sottolineato che la nuova giurisprudenza non implica alcuna modifica del presupposto, di cui all'art. 7 cpv. 2 LPGA, secondo cui sussiste un'incapacità al guadagno suscettibile di cagionare un'invalidità soltanto se la stessa non è obiettivamente superabile. La nuova giurisprudenza non pregiudica altresì la necessità di riscontri oggettivi. Le valutazioni e le limitazioni soggettive che non sono spiegabili dal profilo medico non potranno essere considerate quali danni alla salute invalidanti, fermo restando che in tali casi di frequente non è seguito alcun trattamento adeguato (DTF 141 V 281 consid. 3.7.1). Pertanto, il Tribunale federale ha confermato che occorre partire dal principio che la persona che soffre di un'affezione psicosomatica è da considerarsi siccome valida (DTF 141 V 281 consid. 3.7.1 e 3.7.2).

E. 9.6

In seguito, nelle DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418, il Tribunale federale ha ritenuto che la procedura sviluppata nell'ambito dei disturbi da dolore somatoforme deve essere applicata in presenza di qualsiasi malattia psichica, in particolare anche ai disturbi depressivi di grado

da leggero a medio, che devono quindi, di principio, essere valutati sulla base di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata, ai sensi della DTF 141 V 281 (DTF 143 V 418 consid. 6 e 7), al fine di stabilire l'esistenza di un'incapacità al lavoro e di un'incapacità al guadagno. Pertanto, il carattere invalidante di un danno alla salute psichica deve essere determinato nell'ambito di un esame globale, tenendo conto dei diversi indicatori, che concernono in particolare i limiti funzionali e le risorse della persona nonché il criterio della resistenza del disturbo psichico ad un trattamento effettuato secondo le regole dell'arte (DTF 143 V 409 consid. 4.4; sentenza del TF 9C_148/2018 del 24 aprile 2018 consid. 5.2). Gli effetti funzionali di un disturbo sono più importanti della diagnosi.

E. 9.7

Si può tuttavia rinunciare ad effettuare la valutazione della capacità al lavoro di una persona nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori, allorché questo esame non appaia necessario od appropriato. Tale è il caso, in particolare, quando dei rapporti medici chiari e ben motivati escludono la presenza di una qualsiasi incapacità al lavoro e quando, per mancanza di specializzazione da parte del medico che si pronuncia o per altri motivi, i pareri medici che esprimono un'opinione contraddittoria non appaiono sufficientemente fondati (DTF 143 V 418 consid. 7.1). Vi si può rinunciare pure allorché le limitazioni all'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi, o costellazioni simili, ciò che esclude l'esistenza di un danno alla salute suscettibile di cagionare un'invalidità (DTF 141 V 281 consid. 2.2 nonché sentenze del Tribunale federale 9C_534/2015 del 1° marzo 2016 consid. 2.2.2 con rinvii e 8C_562/2014 del 29 settembre 2015 consid. 8.4). Va tuttavia rammentato che secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, va fatta una distinzione tra una tendenza all'esagerazione dei sintomi - con la conseguenza precedentemente indicata - e una semplice accentuazione dei sintomi, la quale, per contro, non consente di per sé di escludere il diritto ad una rendita (sentenza del Tribunale federale 9C_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 4.2.1 con rinvii). Una valutazione della capacità al lavoro tramite il catalogo di indicatori non sarà altresì necessaria neppure quando i documenti medici agli atti certificano, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, la presenza di una depressione leggera, che non può essere considerata cronica e che non è associata ad alcuna comorbidità psichica (DTF 143 V 409 consid. 4.5.3).

E. 10.1

In primo luogo occorre determinare se le conseguenze dell'infortunio del 14 dicembre 2016, notificato con il ricorso in oggetto (doc. TAF 1), sullo stato di salute e/o sulla capacità lavorativa dell'insorgente costituiscono oggetto della presente vertenza, oppure se l'asserito peggioramento dello stato di salute deve essere considerato nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni.

E. 10.2.1

Giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI 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, purché siano soddisfatti anche gli ulteriori requisiti (consid. 6).

E. 10.2.2

Secondo 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 d'assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità aumenta, il cambiamento va tenuto in considerazione non

appena è durato tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia.

E. 10.3

Con risposta del 1° maggio 2017 (doc. TAF 11) l'UAIE, rinviando alle conclusioni dell'annotazione del 18 aprile 2017 del dott. M._____ e alla presa di posizione dell'Ufficio AI del 26 aprile seguente (entrambi allegati al doc. TAF 11), riconosce un peggioramento dello stato di salute conseguente all'infortunio del 14 dicembre 2016. Nell'impossibilità di determinare la durata e la portata delle conseguenze dell'evento infortunistico l'autorità inferiore ritiene l'ulteriore peggioramento quale nuova domanda, da valutare quindi nel quadro di una nuova procedura a conclusione della presente vertenza.

E. 10.4

La fattispecie costituisce un possibile caso di rendita scalare in cui trova applicazione il succitato art. 88a cpv. 2 OAI. Ne consegue che del preteso peggioramento dello stato di salute si potrebbe tener conto al più presto da marzo 2017 (tre mesi dall'incidente). Al contrario, in caso di apertura di una nuova procedura un eventuale diritto nascerebbe al più presto il 1° agosto 2017 (art. 29 cpv. 1 LAI), sei mesi dopo la richiesta dell'assicurato in sede ricorsuale nel febbraio 2017 o dopo l'anno di attesa (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI), vale a dire nel febbraio 2018, con conseguente pregiudizio per il ricorrente. Ora, alla luce della giurisprudenza del Tribunale federale (sentenza del TF 9C_800/2015 del 25 febbraio 2016 consid. 3.2) e del Tribunale adito (sentenze del TAF C-1750/2016 del 18 agosto 2017 consid. 9.8; C-4777/2010 del 2 ottobre 2012 consid. 11; C-1368/2010 dell'8 agosto 2012 consid. 6.7), al caso in esame non si applica l'art. 29 cpv. 1 LAI nell'ambito della medesima domanda, come se ogni nuova affezione - poco importa se nuova o un peggioramento di una esistente - fatta valere nell'ambito della stessa domanda facesse partire un nuovo termine di sei mesi. Infine - e benché non sfugga a questo Tribunale che il termine d'attesa di tre mesi a partire dal 14 dicembre 2016 sarebbe scaduto a fine febbraio 2017, ossia dopo l'emanazione della decisione litigiosa, - non è comunque consentito all'amministrazione, né successivamente all'autorità di ricorso, di prendere, rispettivamente di confermare, una decisione di respingimento di una richiesta di rendita anteriormente all'effettuazione della necessaria istruzione sullo stato di salute dell'assicurato relativo ad un probabile peggioramento intervenuto prima dell'emanazione della decisione litigiosa.

E. 10.5

Su questo punto il ricorso è pertanto accolto e l'incarto rinviato all'UAIE per completamento istruttorio in merito all'influenza dell'infortunio del 14 dicembre 2016 sulla capacità lavorativa dell'assicurato e nuova decisione (consid. 20-21).

E. 11

Nel quadro dell'eventuale riconoscimento di una rendita scalare è poi necessario esaminare la correttezza dal profilo medico della valutazione dell'UAIE in merito allo stato di salute e la capacità lavorativa dell'insorgente anteriore all'infortunio del 14 dicembre 2016.

E. 12

Nel caso in esame occorre pertanto determinare se la perizia pluridisciplinare del SAM, esperita in seguito al rinvio degli atti del TAF, e posta alla base della decisione impugnata ai fini di giustificare il rifiuto di qualsivoglia diritto alla rendita va considerata affidabile, in particolare se il ricorrente va considerato abile al lavoro all'80% dal 15 ottobre 2013 al giugno 2015 e al 75% da luglio 2015 (intese come diminuzioni del rendimento)

nell'esercizio di un'attività rispettosa delle limitazioni funzionali elencate.

E. 12.1

In occasione della procedura in materia di assicurazione malattia tramite rapporto del 20 dicembre 2013, richiesto dalla C._____, il dott. E._____ ha posto le diagnosi di " sindrome lombo-vertebrale (eventualmente lombo-spondilogena) in presenza di incipienti alterazioni degenerative/discopatie L4/L5 e lombo-sacrali, anamnesi di episodi recidivanti di bloccaggi iperalgici, nessuna componente radicolare e sindrome algica compartimento anteriore/condropatia rotulea ginocchio sinistro " (doc. CM 45 pag. 4), ritenendo l'insorgente abile al 50% in qualità di gessatore e in misura completa nello svolgimento di attività adatte, leggere, nel rispetto dell'ergonomia del tronco (doc. CM 45 pag. 5).

E. 12.2.1

In occasione della procedura relativa alla domanda di rendita avviata il 13 novembre 2013 con rapporto del 16 maggio 2013 il dott. F._____ ha posto le diagnosi di lombalgia acuta da discopatia L4-L5 con compressione radicolare a sinistra e piccola ernia del disco L5-S1 a destra (allegato al doc. UAIE 13).

E. 12.2.2

Tramite referti del 10 aprile (allegato al doc. UAIE 37) e 18 giugno 2014 (doc. UAIE 49) il dott. G._____ ha certificato che " il paziente è affetto da lombosciatalgia dx cronicizzata, condizionante impotenza funzionale (...)", precisando che " a recente RMN del rachide lombosacrale si riscontrava protrusione discale L3-L4 e L4-L5 paramediana sx con impronta sul sacco durale ed ernia discale L5-S1 con interessamento intraforaminale destro ". Il medico ha evidenziato un'impossibilità permanente di svolgere il proprio lavoro e anche attività in cantiere più leggere.

E. 12.3

Con parere medico-legale del 26 settembre 2014 (allegato al doc. UAIE 53), completato il 30 dicembre successivo (allegato al doc. UAIE 67) il dott. H._____ ha indicato che il ricorrente presenta " limitazioni funzionali principalmente a carico della colonna vertebrale dorso-lombare (...) " tale attuale quadro menomante determina l'incapacità totale, al 100%, a svolgere la sua attività lavorativa specifica di carton-gessista (...). Egli ha poi evidenziato che " la residua capacità lavorativa generica è del 50% in attività a lui confacenti se naturalmente è possibile un reimpiego sul mercato del lavoro di tipo operaio generico (ad es. capo cantiere [...], fattorino, magazziniere, spedizioniere, addetto al controllo) ma con limitazioni sia della postura che della movimentazione di carichi (...) " e ritenuto esigibili " attività leggere, meglio se da seduto, su pavimentazione in piano, possibilmente con movimentazione di carichi inferiori ai kg 10 (...) ".

E. 12.4

Tramite relazioni cliniche del 30 marzo e 15 maggio 2015 la dott.ssa L._____ ha attestato, facendo riferimento ai criteri contenuti nel DSM-V (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) che l'interessato soffre di un disturbo depressivo persistente grave con sintomi melanconici senza sintomi psicotici come forma post-psico-traumatica " con limitazione dell'esecuzione delle attività precedenti " (allegati al doc. UAIE 94 pag. 268 e 273).

E. 12.5

Con rapporti del 23 novembre 2015 (allegato al doc. UAIE 108), 15 dicembre 2015 (allegato 9 al doc. TAF 1) e 27 luglio 2016 (allegato al doc. UAIE 130) il dott. R. _____, da cui l'interessato è in cura dal 20 luglio 2015 con visite di controllo a cadenze mensili, ha posto le diagnosi di " gravissimo disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti persistente (F 43.23 secondo il DSM V) ", insorto in seguito all'incidente sul lavoro avvenuto nel dicembre 2012. Secondo il medico la situazione clinica può essere considerata ormai cronicizzata e poco suscettibile di ulteriori miglioramenti nonostante la regolare prosecuzione delle cure farmacologiche e psicoterapiche. Il medico ha precisato che " il tono dell'umore appare ancora profondamente deflesso e l'ideazione è centrata su tematiche a sfondo depressivo con sentimenti di inadeguatezza e chiusura delle prospettive per il futuro. Tale situazione si è ulteriormente aggravata a causa del fatto che il paziente continua a sentirsi completamente incompreso rispetto alla sua situazione di malessere da parte delle istituzioni svizzere. Questo atteggiamento ha riacutizzato sentimenti depressivi con idee di morte che il paziente riesce a tenere lontane solo pensando ai suoi affetti più cari. La terapia psicofarmacologica con Paroxetina, incrementata a gennaio fino a 40 mg/die, appare ancora assolutamente necessaria mentre è stata confermata la terapia ipnoinducente con Flurazepam 30 mg/sera " (allegato al doc. UAIE 130).

E. 13.1

Nella perizia pluridisciplinare del SAM del 16 agosto 2016 (doc. UAIE 132-1 a 132-35) la dott.ssa T. _____, specialista in medicina interna, e il dott. U. _____, generalista, hanno esaminato lo stato di salute di A. _____ a partire dal mese di dicembre 2012, alla luce dei rapporti degli specialisti in reumatologia, psichiatria, neurologia e neuropsicologia. Gli esperti hanno posto le diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di: sindrome depressiva persistente (ICD-10, F34.1) e sindrome cervico e lombovertebrale cronico-ricidivante con/su discrete alterazioni degenerative soprattutto a livello L4-L5 e L5-S1, senza deficit neurologici di tipo radicolare (doc. UAIE 132 pag. 17). Su espressa richiesta della giudice dell'istruzione, con complemento peritale del 26 luglio 2018, i periti hanno precisato che pure la diagnosi di sindrome fibromialgica (ICD-10 M 79.70, che soddisfa i criteri ACR 2010) posta dal dott. N. _____ (consid. 13.2.1) e non ripresa nella perizia pluridisciplinare (consid. 13.1) è da considerare rilevante (doc. TAF 37 pag. 7). I periti hanno infine posto le diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di ipertensione arteriosa sotto trattamento; varicosi all'arto inferiore di sin. C2; dislipidemia e epatopatia (doc. UAIE 132 pag. 17).

E. 13.2.1

Da un punto di vista reumatologico il dott. N. _____ ha posto le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome del dolore cronico, DD: sindrome fibromialgica primaria (ICD-10 M 79.70, doc. TAF 37 pag. 7), sindrome somatoforme (anche doc. TAF 37); sindrome cervico-/e lombovertebrale cronico-ricidivante su: discrete alterazioni degenerative soprattutto a livello L4-L5 e L5-S1 (allegato al doc. UAIE 132 pag. 5), precisando che l'assicurato soffre di una sindrome algica diffusa, cronicizzata strettamente in relazione con il suo stato depressivo, con una chiara tendenza dimostrativa ed evocativa. Il perito ha pure dichiarato che i diffusi dolori cronici sono indipendenti dall'attività svolta e mai migliorati malgrado l'esecuzione di trattamenti fisioterapici e medicamentosi, precisando che " non vi è perciò al momento alcuna chiara relazione tra i suoi dolori e l'intensità delle attività svolte. Il quadro clinico è inoltre caratterizzato dalla presenza di una diffusa dolenzia di carattere fibromialgico. In presenza di un'evidente

patologia psichiatrica ritengo che i suoi dolori siano principalmente imputabili ad una sindrome somatoforme. Le sole modiche patologie degenerative riscontrate a livello della colonna vertebrale e delle articolazioni periferiche non possono infatti che minimamente spiegare i suoi cronici intensi dolori e soprattutto l'assenza di un'adeguata risposta alle corrette terapie già eseguite " (doc. UAIE 132 pag. 27-28).

E. 13.2.2

L'esperto ha pertanto ritenuto l'assicurato abile al lavoro al 50% nell'attività di gessatore dal dicembre 2013 (data del rapporto del dott. E. _____; cfr. consid. 12.2), mentre inabile nella misura del 20% dalla stessa data nello svolgimento di una professione fisicamente medio-leggera, che non implichi particolari sforzi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15 kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche), incapacità lavorativa motivata soprattutto dal riconoscimento di una sindrome del dolore cronico e non tanto da vere e proprie limitazioni funzionali dovute alle patologie descritte (doc. UAIE 132-28; circostanza confermata pendente causa, doc. TAF 37 pag. 7).

E. 13.3

Per quanto attiene l'aspetto neuropsicologico il dott. O. _____ ha sostenuto che " l'esame neuropsicologico mette in evidenza un quadro di grave e globale compromissione cognitiva che, tuttavia, va interpretato con cautela poiché vi sono dubbi sulla completa attendibilità delle prestazioni fornite dall'assicurato (...). È immaginabile che l'assicurato presenti realmente una riduzione dell'efficienza mentale, che viene però espressa in modo esagerato a causa della sottostante patologia psichiatrica " (doc. UAIE 132-29).

E. 13.4.1

Da un punto di vista psichiatrico la dott.ssa Q. _____ ha posto la diagnosi di sindrome depressiva persistente di lieve qualità, misto a sfumati aspetti ansiosi (ICD 10, F 34.1). A suo avviso non è presente un quadro depressivo di entità tale da giustificare una ricaduta rilevante sul potere cognitivo rispettivamente da giustificare elevate percentuali di capacità lavorativa e concorda con gli altri colleghi per quanto riguarda una certa qual discrepanza tra quanto denunciato e i dati oggettivi (doc. UAIE 132-22,25). Dopo essersi confrontata in dettaglio con i rapporti della dott.ssa L. _____ la perita ha dichiarato che l'insorgente " appare lievemente depresso, ansioso, affaticato e facile alla stanchezza, meno resiliente: la terapia farmacologica ha certamente dato un valido aiuto nel senso del miglioramento del quadro " (doc. UAIE 132-24). Essa ha poi constatato discrepanze tra i sintomi descritti e la valutazione clinica, indicando che " egli [il paziente] non appare così compromesso sul piano cognitivo come apparso nel testo (come peraltro alluso dalle precisazioni del collega O. _____ in merito ad impressioni di incongruenze), né così depresso o ansioso da motivare elevate percentuali di IL. Gli stessi referenti non diagnosticano mai aspetti di reale pregnanza ma quadri tra il disadattamento e il misto ansioso-depressivo o al più una depressione persistente " (doc. UAIE 132-25). La specialista ha precisato inoltre che " il cognitivo è privo di salienti difetti nel confronto pratico, al più può mostrare a tratti un difetto della memoria che però recupera su altri temi in maniera poco comprensibile. I difetti descritti da O. _____ presupporrebbero un soggetto totalmente dipendente e inadeguato, la qual cosa non appare nel contatto interumano. Si conferma l'impressione di una serie di incongruenze già notata da altri tecnici in altri momenti di approfondimento " (doc. UAIE 132-22). L'esperta ha infine sottolineato come gli esami ematici avessero

evidenziato una probabile assunzione irregolare dei farmaci, fatto poco comprensibile stante il denunciato malessere (doc. UAIE 132-25).

E. 13.4.2

Per quanto attiene alla capacità lavorativa la dott.ssa Q._____ ha ritenuto l'assicurato inabile al lavoro precedentemente svolto in misura del 25% (inteso quale limite di rendimento) dal luglio 2015 (momento della presa a carico da parte del dott. R._____), precisando che la diminuzione della capacità lavorativa era dovuta al fatto che il ricorrente appariva lievemente depresso, ansioso, affaticato e facile alla stanchezza (doc. UAIE 132-24 a 132-27). Essa ha infine riconosciuto una capacità lavorativa del 75% in attività adeguate (doc. UAIE 132-25; anche doc. TAF 37), precisando di non ritenere che " il quadro doloroso possa ascrivarsi ad un quadro somatoforme da dolore persistente ma nel caso anche fosse il quadro psichiatrico non è tale da produrre un effetto sommatorio e più gravi ripercussioni sulla capacità lavorativa ". La perita ha aggiunto che " non considerando nella presente aspetti relativi ad un quadro somatoforme la percentuale eventualmente riconosciuta dai colleghi reumatologi dovrà essere adeguatamente integrata alla presente " (doc. UAIE 132-23 e 24), tesi peraltro ribadita nel complemento peritale del 26 luglio 2018 (doc. TAF 37, pag. 3 e 4).

E. 13.5

Il dott. P._____ ha infine rilevato l'assenza di patologie neurologiche e di fattori di riduzione della capacità lavorativa e ritenuto pertanto l'insorgente abile al lavoro al 100% sia come gessatore che in attività adeguate (allegato al doc. UAIE 132 pag. 3-4). Egli ha inoltre evidenziato che " soggettivamente l'A. durante la valutazione ha descritto dolori d'intensità importante (8 su una scala da 0 a 10) mostrando però una mobilità relativamente buona del tronco e della colonna vertebrale sia al momento di vestirsi e svestirsi, cosa che ha fatto autonomamente senza bisogno di aiuto, che quando a più riprese ha mimato con il corpo le attività e le posizioni che era costretto ad eseguire rispettivamente a prendere nell'ambito della sua attività di gessatore " (allegato al doc. UAIE 132 pag. 4-5).

E. 13.6

Complessivamente A._____ è quindi stato ritenuto totalmente inabile al lavoro in ogni attività dal 1° dicembre 2013 al 31 maggio 2014, abile nella misura del 50% (normale tempo di lavoro con diminuzione del rendimento) dal giugno 2014 in qualità di gessatore, mentre abile all'80% dal giugno 2014 al giugno 2015 e al 75% dal luglio 2015 (inizio della presa a carico psichiatrica), inteso come normale tempo di lavoro con riduzione del rendimento del 20%, rispettivamente 25% in attività sostitutive idonee, rispettose delle limitazioni funzionali (doc. UAI 132-29 a 132-31). Gli esperti hanno in particolare evidenziato che l'assicurato " può svolgere un'attività fisicamente medio-leggera che non implichi particolari sforzi per il rachide (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15 kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche "(doc. UAIE 132-31), precisando che " lo stato permette un'interazione professionale e per questo si consigliano misure di riallenamento progressivo al lavoro, essendo l'A. lontano dal mondo lavorativo da parecchio tempo " (dicembre 2012, doc. UAIE 132-32; doc. TAF 37 pag. 7 punto 3.2). Su espressa richiesta della giudice dell'istruzione i periti hanno inoltre aggiunto che " si tratta di un consiglio atto a favorire la reintegrazione dell'A. nel mondo lavorativo. La capacità lavorativa anche in attività adatte è indipendente da un riallenamento lavorativo " (doc. TAF 37 pag. 7 punto 3.2). Nella perizia

(pag. 17) è stato infine precisato che le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti del SAM e tra la dott.ssa Q._____ e il dott. N._____.

E. 14

Con rapporto finale del 22 agosto 2016 (doc. UAIE 137) il dott. M._____ ha ripreso le diagnosi poste dal SAM e le conseguenze sulla capacità lavorativa da esso attestate.

E. 15.1

In fase di osservazioni al progetto di decisione del 19 ottobre 2016 con rapporto del giorno successivo (allegato al doc. UAIE 146) il dott. R._____ ha ribadito (consid. 11.5) la diagnosi già posta.

E. 15.2

Dal canto suo con rapporto del 25 ottobre 2016 il dott. H._____, facendo riferimento anche al rapporto del dott. R._____ e della psicologa dott.ssa L._____, ha posto le diagnosi di lombalgia cronica e sindrome ansioso-depressiva, limitandosi ad attestare una totale inabilità lavorativa nell'attività di cartongessista (allegato al doc. UAIE 146; si confronti anche allegato al doc. TAF 43).

E. 16

Secondo questa Corte la documentazione trasmessa dal ricorrente sia in sede amministrativa che ricorsuale non è atta, per i motivi esposti qui di seguito, a mettere in discussione le conclusioni del SAM, completate pendente causa, che pertanto vanno confermate e poste alla base della presente sentenza.

E. 16.1

In via preliminare occorre evidenziare che le perizie in questione contengono una ricostruzione dettagliata dei fatti di pertinenza psichiatrica/reumatologica e neurologica, un'anamnesi personale, professionale e patologica, dati soggettivi dell'assicurato, esami oggettivi, un elenco di diagnosi e delle conclusioni. Esse adempiono quindi - perlomeno da un punto di vista formale - i requisiti posti dalla dottrina e dalla giurisprudenza (consid. 7.3). In data 26 luglio 2018 il SAM ha inoltre risposto esaurientemente ai quesiti sottopostigli dal TAF pendente causa (doc. TAF 37).

E. 16.2

Il ricorrente contesta in particolare le conseguenze dello stato di salute, segnatamente delle affezioni reumatologiche e psichiatriche sulla capacità lavorativa, che ritiene maggiori rispetto a quelle attestate. Al riguardo va infatti rilevato che il dott. H._____ ha ritenuto " ineccepibili dal punto di vista clinico le valutazioni dei colleghi svizzeri " (allegato 30 al doc. TAF 1), adducendo tuttavia che questi ultimi avrebbero sottovalutato, e sminuito " la reale portata della capacità residua da essi individuata sul reale impatto in ambito lavorativo, nel mondo del lavoro, cioè sulla reale capacità di detto soggetto, ora invalido, a produrre reddito in modo proficuo ".

E. 16.3.1

Per quanto riguarda in primo luogo l'aspetto psichiatrico va rilevato che le diagnosi poste dai curanti non coincidono tra di loro né con quelle attestate dalla perita del SAM e meglio la sindrome depressiva persistente (ICD 10 F. 34.1). Nelle relazioni del 30 marzo e 15 maggio 2015 (allegati al doc. UAIE 94) la dott.ssa L._____ ha evidenziato un disturbo

depressivo persistente grave con sintomi melanconici senza sintomi psicotici (facendo riferimento in via del tutto astratta al sistema di classificazione DSM-V, cioè il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali). Come previsto dalla giurisprudenza più recente in materia (DTF 141 V 281 consid. 2.1 e 2.1.1; Susana Mestre Carvalho, La question des ressources mobilisables, SZS 2/2019 pag. 64) la diagnosi va posta da uno psichiatra, mentre la dott.ssa L. _____ non dispone di tale specializzazione, essendo psicologa di formazione (consid. C.a). Ne consegue che già solo per questi motivi la diagnosi da lei posta non può mettere in discussione quella attestata dalla psichiatra del SAM. In secondo luogo a detta della dott.ssa Q. _____, un quadro depressivo persistente è per definizione " di lieve entità " motivo per cui la situazione descritta non si scosta di molto da quella evidenziata nella perizia del SAM. Infine il rapporto è incompleto per quanto riguarda le conseguenze sulla capacità lavorativa, riferendo di una non quantificata limitazione nell'esecuzione delle attività precedenti, non tuttavia dell'eventuale capacità/incapacità lavorativa in attività adeguate.

E. 16.3.2

Con riferimento alla diagnosi posta dal dott. R. _____ (consid. 10.5) la dott.ssa Q. _____ ha rilevato che al codice citato dal curante non corrisponde un " disadattamento con prevalenti note emotive ", non la diagnosi menzionata nel rapporto (cfr. doc. TAF 37 pag. 2). Già solo per questi motivi i referti non risultano affidabili, ritenuto che non è dato di sapere quale delle due diagnosi il medico intendeva concretamente porre in concreto. I rapporti sono inoltre incompleti non avendo indicato il medico quali sarebbero le ripercussioni concrete sulla capacità lavorativa. Alla luce di quanto sopra esposto nessuno dei rapporti medici prodotti dal ricorrente mette pertanto in discussione la perizia del SAM e in particolare della dott.ssa Q. _____, dettagliate, ben motivate e completate pendente causa, non risultando pertanto in alcun modo credibile né una diagnosi più grave di quella posta dai periti né delle conseguenze più incisive sulla capacità lavorativa.

E. 16.4

Alla luce di quanto sopra esposto - e meglio l'incompletezza e la parziale inaffidabilità della documentazione medica prodotta dal ricorrente - conformemente alla giurisprudenza federale si può rinunciare ad accertare la capacità lavorativa residua della ricorrente sulla base degli indicatori descritti al consid. 9.7. La limitazione della capacità lavorativa attestata dalla dott.ssa Q. _____ per motivi psichici pari al 25% in ogni attività va pertanto confermata.

E. 17

Da un punto di vista somatico sia le diagnosi poste tanto nel quadro della procedura LAMal dal dott. D. _____ e dal dott. E. _____ (consid. 10.1), quanto nella procedura relativa alla domanda di rendita dal dott. F. _____ (consid. 10.2.1) e dal dott. G. _____ (consid. 10.2.2) che la loro sintomatologia, coincidono con quanto esposto dal dott. N. _____ nella perizia del 17 maggio 2016 (consid. 11.2.1). Inoltre i medici di parte interpellati non disconoscono di principio una capacità lavorativa residua in attività adeguate (si confronti in particolare il dott. H. _____, consid. 10.3 e 13.2). Di conseguenza il parere contrario del dott. G. _____ (consid. 10.2.2) attesta unicamente una valutazione diversa - per quanto riguarda l'incapacità lavorativa - di una situazione identica. I referti in oggetto non sono pertanto tali da rimettere in discussione le conclusioni peritali. D'altronde il rinvio per ulteriori accertamenti pronunciato da questa Corte (consid. C.b) era intervenuto più che

altro per carenza di esame degli aspetti psichiatrici e neurologici.

E. 18.1

Pendente causa i periti sono stati invitati dalla giudice dell'istruzione a precisare i motivi per cui le due incapacità lavorative in attività adeguate (25% in ambito psichiatrico e 20% in ambito reumatologico) non erano state sommate. A partire dalla presa a carico da parte del dott. R._____ nel 2015 è stato tenuto conto di una limitazione più elevata, pari appunto al 25% che coincide numericamente con la limitazione a livello psichiatrico. In effetti se da un lato il dott. N._____ riconduceva la riduzione della capacità lavorativa più che altro a dolori cronici diffusi non riconducibili alle patologie degenerative, (doc. UAIE 132 pag. 27/28), dall'altro la dott.ssa Q._____ faceva riferimento, a motivazione della limitazione da lei attestata del 25%, a ragioni apparentemente diverse da quelle indicate dal reumatologo, quali la depressione, l'ansia, l'affaticamento e la facile stanchezza (doc. UAIE 132 pag. 24).

E. 18.2

Secondo il Tribunale federale il grado di incapacità lavorativa complessivo va stabilito in base ad una valutazione globale, un semplice cumulo dei gradi essendo inammissibile (sentenza del TF 9C_295/2013 del 20 giugno 2013 consid. 4.4). Inoltre, sempre secondo l'Alta Corte, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità lavorativa vadano sommati, e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che, di principio, il giudice non rimette in discussione (sentenza del TF 9C_362/2014 del 19 agosto 2014 consid.7, 9C_400/2011 del 20 marzo 2012 che rinvia alla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72 pag. 485 consid. 2b; anche sentenza 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.2; anche sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005 consid. 5.4.1 e 5.4.2).

E. 18.3

Al riguardo, dopo aver interpellato i consulenti, i dott.ri T._____ e U._____ hanno dichiarato di aver " integrato fra di loro le limitazioni della capacità lavorativa descritte dai nostri consulenti, poiché il quadro distimico presentato dall'A. (sindrome depressiva persistente F34.1) spesso determina una sintomatologia algica espressa a carico del corpo, anche se non assume i tratti tipici di un quadro somatoforme ". I periti hanno evidenziato come " entrambi i consulenti ribadiscono come le incapacità lavorative dovute alle patologie psichiatrica e reumatologica non debbano sommarsi ma integrarsi, poiché entrambi i consulenti hanno preso in considerazione il quadro doloroso cronico " (doc. TAF 37 pag. 7 punto 2). Il dott. N._____ ha infatti precisato che " non trattandosi di una limitazione della capacità lavorativa dovuta a reali patologie ortopedico-reumatologiche ritengo corretto non aver sommato l'incapacità lavorativa per le patologie reumatologiche e psichiatriche " (doc. TAF 37 pag. 5). La dott.ssa Q._____ inoltre ha spiegato che " i sintomi dolorosi si collocano di fatto nei temi di difetto di energie, faticabilità e difetto di resistenza e resilienza che possono caratterizzare un quadro distimico " (doc. TAF 37 pag. 4). Alla luce delle spiegazioni suesposte, secondo cui i sintomi dolorosi, non riconducibili, se non in minima parte, a patologie degenerative, rientrano in quelli da lei elencati a giustificazione di una limitazione del 25% questa Corte ritiene di poter ritenere motivata in maniera convincente l'integrazione (cioè la mancata somma) dei singoli gradi di incapacità lavorativa, che va pertanto confermata (consid. 11.6).

E. 19

In conclusione ne consegue che risulta comprovato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che A. _____ risulta abile al lavoro nella misura del 50% (intesa come riduzione del rendimento) nell'attività abituale di gessatore dal 15 ottobre 2013, mentre presenta una capacità lavorativa dell'80% dallo stesso giorno al giugno 2015 e del 75% dal luglio 2015 (intese come diminuzione del rendimento) in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali posti. Su questo punto il ricorso è pertanto infondato.

E. 20.1

In sede ricorsuale il ricorrente, riferendosi ad un rapporto ospedaliero del 16 dicembre 2016 (allegato 28 al doc. TAF 1), pertanto immediatamente precedente alla decisione impugnata (consid. 3), sostiene che la frattura trochite omerale in frattura lussazione gleno omerale a destra conseguente all'infortunio del 14 dicembre 2016, la quale aveva reso necessario un intervento di osteosintesi con vite cannulata, ha ulteriormente aggravato il già precario stato di salute (doc. TAF 1 pag. 4).

E. 20.2

Con rapporto del 2 febbraio 2017 il dott. H. _____ ha ritenuto che " (...) in base al più recente rilievo del quadro clinico articolare funzionale sia della colonna dorso-lombare (...) che della spalla dx. affetta ora da esiti di frattura del trochite omerale e frattura lussazione gleno-omerale del 14.12.2016 con attuale impotenza funzionale di questa articolazione (...) che del quadro psichico (...) il complesso patologico sofferto dal ricorrente generi incapacità lavorativa (...) del 100% a svolgere la sua attività specifica di cartongessista (...) " (allegato 30 al doc. TAF 1).

E. 20.3

Dalla suddetta documentazione medica emergono indizi sufficienti secondo i quali il peggioramento dello stato di salute, conseguente all'infortunio del 14 dicembre 2016 e riconosciuto dall'autorità di prime cure (consid. 10), sembra essere duraturo. I documenti in questione si limitano tuttavia, per l'essenziale, ad elencare i postumi dell'infortunio e si riferiscono unicamente al periodo immediatamente successivo all'evento. Ne consegue che questa Corte, alla luce degli atti dell'incarto, non è in grado di statuire sulla questione se l'infortunio abbia effettivamente comportato un peggioramento dello stato di salute e in che misura tale fatto influisca sulla capacità lavorativa residua e sull'eventuale diritto a prestazioni. Un rinvio all'UAIE per approfondire questi aspetti risulta pertanto necessario. La decisione impugnata, fondandosi quindi su un accertamento incompleto dei fatti, dev'essere pertanto annullata.

E. 21.1

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-2183/2013 del 28 gennaio 2015 consid. 10.1). In particolare, si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti ai fini dell'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.

E. 21.2

Gli atti di causa vanno pertanto rinviati all'UAIE affinché completi l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e, alla luce delle nuove risultanze istruttorie, si pronunci nuovamente sul diritto alla rendita del ricorrente. Occorre in particolare che l'autorità di prime cure approfondisca dal profilo medico se l'infortunio del 14 dicembre 2016, in relazione al resto delle patologie, influisca sulla capacità lavorativa dell'assicurato e in caso di risposta affermativa in che misura. L'istruttoria complementare presuppone l'esecuzione di una perizia reumatologica/neurologica che tenga conto anche della perizia del SAM del 16 agosto 2016 e dei relativi completamenti (consid. 11; [cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in particolare per completare un aspetto mai esaminato, DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 e sentenza del TF 8C_633/2014 dell'11 dicembre 2014 consid. 3.2 e 3.3]), nonché di ogni altro esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'assicurato dovesse rendere necessario.

E. 21.3

Per il resto, e tenuto conto dell'esito di tali accertamenti completivi, l'UAIE si pronuncerà nuovamente sul grado di invalidità di A. _____ per il periodo posteriore all'infortunio.

E. 22.1

Visto l'esito della procedura non si prelevano spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA). L'anticipo spese, di fr. 800.-, versato dall'insorgente il 3 aprile 2017 (doc. TAF 10) verrà restituito al ricorrente.

E. 22.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede 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 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2] cfr. pure DTF 132 V 215 consid. 6.2 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 1'000.- franchi (spese incluse), tenuto conto che il ricorrente è vincente e del lavoro effettivo ed utile svolto dal suo patrocinatore. L'indennità per spese ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)

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