

# **BVGer C-1690/2018 vom 20. Januar 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-01-20, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1690\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1690_2018)

FR: TAF C-1690/2018 du 20 janvier 2020

IT: TAF C-1690/2018 del 20 gennaio 2020

## **Regeste**

Diritto alla rendita

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Riservate le eccezioni - non realizzate nel caso di specie - di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

### **E. 1.3**

In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

### **E. 1.4**

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 PA). Esso è pertanto ammissibile.

### **E. 2.1**

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

### **E. 2.2**

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

### **E. 2.3**

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

#### **E. 2.4**

Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato 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 (sentenza del TF 8C\_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 e relativi riferimenti).

#### **E. 2.5**

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

#### **E. 3.1**

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 15 dicembre 2015, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

#### **E. 3.2**

Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 15 dicembre 2015. L'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 5.1.3 del presente giudizio]). Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata.

#### **E. 3.3**

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 dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (DTF 118 V 200 consid. 3a in fine; 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).

#### **E. 4**

Giova peraltro rilevare che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 3 anni (doc. A 97) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione.

#### **E. 5.1**

L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI).

##### **E. 5.1.1**

Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

##### **E. 5.1.2**

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

##### **E. 5.1.3**

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

##### **E. 5.1.4**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (sentenze del TF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 con rinvii). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

### **E. 5.1.5**

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

### **E. 5.2**

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 modifica.

#### **E. 5.2.1**

L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C\_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 con rinvii).

#### **E. 5.2.2**

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 (DTF 130 V 343 consid. 3.5).

#### **E. 5.2.3**

Quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 131 V 164; 131 V 120; 125 V 143; sentenza del TF 9C\_362/2014 del 19 agosto 2014 consid. 3 con rinvii).

### **E. 6.1**

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è

determinante né la sua origine né la sua denominazione - ad esempio quale perizia o rapporto - ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1; 125 V 351 consid. 3).

### **E. 6.2**

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

### **E. 6.3**

Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

### **E. 6.4**

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

### **E. 6.5**

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 (DTF 141 V 281 consid. 2.1; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). In presenza di disturbi psichici, in particolare di disturbi da dolore somatoforme, di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di disturbi depressivi di grado da leggero a medio (DTF 143 V 409), la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi 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. 2, 3.4-3.6 e 4.1 nonché 143 V 418 consid. 6 segg.). Il Tribunale federale ha suddiviso gli indicatori per la valutazione della capacità lavorativa in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3), segnatamente categoria "gravità funzionale" (consid. 4.3) con i complessi "danno alla salute" (consid. 4.3.1; risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi; successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione; comorbidità), "personalità" (sviluppo e struttura della personalità, funzioni psichiche [consid. 4.3.2] e contesto sociale [consid. 4.3.3]) nonché categoria "coerenza" (aspetti del comportamento [consid. 4.4] in rapporto alla limitazione

uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili [consid. 4.4.1] ed alla sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione [consid. 4.4.2]). 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 allorquando 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 TF 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 TF 9C\_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 4.2.1 con rinvii).

#### **E. 7**

Nel caso in esame, l'oggetto litigioso è costituito dalla questione di sapere se il ricorrente abbia diritto, o meno, anche dopo il 31 ottobre 2016, ad una rendita intera d'invalidità svizzera, come da lui postulato.

#### **E. 8**

Dalla documentazione medica agli atti (v. la perizia pluridisciplinare del SAM dell'agosto 2017 [doc. A 77] ed il rapporto del medico SMR dell'agosto 2017 [doc. A 79]) emerge che è stata posta la diagnosi, con ripercussione sulla capacità lavorativa, di sindrome da attacchi di panico (ICD 10 F 41.0) e, senza ripercussione sulla capacità lavorativa, di sindrome da dolore cronico non specificata alla spalla sinistra, alla spalla destra ed alla schiena senza anomalie cliniche o radiologiche di rilievo, stenosi dell'arteria carotide interna a destra ed a sinistra, probabile meralgia parestetica a sinistra, diabete mellito tipo 2, ipertensione arteriosa, dislipidemia, pregressa ischemia retinica all'occhio sinistro, lieve miopia, astigmatismo all'occhio sinistro, presbiopia bilaterale, pregresso aneurisma dell'aorta addominale e steatosi epatica.

#### **E. 9.1**

Nella perizia pluridisciplinare del 3 agosto 2017 (fondata su un consulto psichiatrico, un consulto reumatologico, un consulto neurologico, un consulto diabetologico ed un consulto oftalmologico; doc. A 77), i periti SAM hanno rilevato che il ricorrente presenta da uno a quattro attacchi di panico al mese. Si tratta di crisi violente, che si verificano principalmente al domicilio e di sera. L'insorgente lamenterebbe una scarsa qualità del riposo notturno ed un'ansia anticipatoria che non gli consentirebbe di allontanarsi dall'abitazione e che gli impedirebbe di tollerare l'idea di andare a lavorare. Secondo i periti, tali allegazioni non sono condivisibili poiché risentono di una tendenza all'amplificazione connessa alla ricerca di vantaggi secondari. Descrizioni di una simile compromissione funzionale sono incompatibili con lo stato clinico, con la terapia che è rimasta invariata da un anno e mezzo, con l'assenza di ricoveri psichiatrici, con l'assenza di depressione secondaria, con la preservata armonia sociale e familiare, con le normali strategie di adattamento e con il riferito beneficio prodotto dalla terapia. I periti hanno altresì constatato che il ricorrente fa valere dolori cronici diffusi. L'esame clinico è blando e gli esami strumentali sono conformi all'età. Secondo i periti, sussiste una discordanza tra i sintomi e l'intensità dei dolori ed una valutazione clinica senza reperti oggettivi di rilievo. I periti hanno inoltre indicato che

l'insorgente riferisce disturbi di sensibilità agli arti inferiori. Vi è in particolare un'ipoestesia intermittente lateralmente alla coscia sinistra. All'esame clinico, è rilevabile un lieve deficit sensitivo ad un nervo cutaneo femorale laterale sinistro. La sintomatologia è riferibile ad una meralgia parestetica a sinistra. Secondo i periti, le conseguenze sulla capacità lavorativa derivano dalla sola patologia psichica (sindrome da attacchi di panico). Dal profilo reumatologico (sindrome da dolore cronico), da quello neurologico (meralgia parestetica a sinistra), da quello diabetologico (diabete mellito tipo 2 nell'ambito di una sindrome metabolica) e da quello oftalmologico (lieve restringimento del campo visivo dell'occhio sinistro) non sussiste alcuna incapacità lavorativa né nelle abituali attività né in attività sostitutive. Dal profilo psichiatrico, per contro, il ricorrente è inabile al lavoro al 100% dal 28 aprile 2015 (data dell'interruzione del lavoro), mentre in un'attività sostitutiva adeguata (attività che consenta una sporadica manifestazione di panico) è abile al lavoro all'80% (presenza tutto il giorno, ma con rendimento ridotto), da inizio luglio 2016 (data della visita medica del dott. E. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna, medico incaricato dall'assicurazione C. \_\_\_\_\_ [doc. B 48]; v. anche il complemento peritale del 20 dicembre 2017 [doc. A 93]).

### **E. 9.2**

Nel rapporto del 17 agosto 2017 (doc. A 79), il dott. F. \_\_\_\_\_, medico SMR, ha ritenuto per l'insorgente, in virtù della menzionata perizia pluridisciplinare del SAM, un'incapacità al lavoro del 100% sia nell'attività di autista aziendale sia in un'attività sostitutiva adeguata dal 28 aprile 2015, ma dal 6 luglio 2016 una capacità al lavoro dell'80% in un'attività confacente allo stato di salute.

### **E. 9.3**

Questo Tribunale osserva che la perizia pluridisciplinare del 3 agosto 2017 del SAM si fonda su informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento del ricorrente, sulle risultanze della visita dell'insorgente nonché sulla documentazione medica agli atti. Il rapporto di perizia comporta un'introduzione, l'anamnesi, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni del peritando, la diagnosi nonché la discussione. Pertanto, tale perizia può, con un'eccezione di cui si dirà di seguito, essere considerata un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute del ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata. In particolare, e sulla base della documentazione medica agli atti, non sussistono in effetti elementi per scostarsi dalla valutazione peritale in merito allo stato di salute ed alla capacità lavorativa dell'insorgente a partire da luglio 2017 (giorno dell'effettuazione del consulto psichiatrico). Per contro, per i motivi che saranno indicati di seguito, v'è motivo di scostarsi dalla valutazione dei medici SAM dell'agosto 2017 sulla residua capacità lavorativa in un'attività sostitutiva adeguata per il periodo anteriore alla valutazione peritale con riferimento al momento dell'avvenuto miglioramento dello stato di salute psichico del ricorrente fissato nella perizia a luglio 2016, poiché lo stesso, basato su mera ipotesi, non trova un riscontro oggettivo nel rapporto psichiatrico del 5 luglio 2017 del dott. I. \_\_\_\_\_, alla base delle valutazioni della perizia pluridisciplinare del SAM del 3 agosto 2017. Incontestata è invece la valutazione medica del SAM che consente all'insorgente di beneficiare di una rendita intera dal 1° giugno 2016 almeno fino al 31 ottobre 2016.

### **E. 9.4.1**

Ora, nella perizia pluridisciplinare del 3 agosto 2017 (doc. A 77 pag. 24 e 28), i medici SAM hanno rilevato che il reumatologo pone la diagnosi di sindrome da dolore cronico non specificata, mentre lo psichiatra non pone la diagnosi di sindrome da dolore somatoforme. Secondo i medici, è ravvisabile una discrepanza fra la sintomatologia, l'anamnesi e la valutazione clinica. Lo psichiatra ritiene sia provata un'esagerazione dei sintomi.

#### **E. 9.4.2**

Nella perizia reumatologica del 12 giugno 2017 (alla base delle valutazioni della perizia pluridisciplinare del 3 agosto 2017 del SAM; doc. A 77), il dott. J. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, ha indicato che l'insorgente soffre di una sindrome da dolore cronico non specificata (alla schiena, alla spalla destra ed alla spalla sinistra) di probabile natura somatoforme, senza anomalie cliniche o radiologiche di rilievo. Il ricorrente lamenterebbe dolori cronici diffusi e non sistematizzati, senza un ritmo circadiano, presenti 24 ore su 24 e definiti come "tremendi". In contrasto con questa autovalutazione drammatica vi è un esame clinico blando e vi sono esami strumentali sostanzialmente conformi all'età. Non è ravvisabile alcun segno oggettivo di sofferenza in relazione a problemi dell'apparato locomotore (in particolare, punti di fibromialgia: 0). Secondo il reumatologo, il quadro clinico è segnato da una totale discordanza tra i sintomi e l'intensità dei dolori descritti rispetto ad una valutazione clinica senza reperti oggettivi di rilievo. Le limitazioni funzionali sono solo soggettive e non sono dovute ad alcun danno alla salute di natura reumatologica. Secondo il perito reumatologo l'insorgente non presenta una classica amplificazione di sintomi. Tenuto conto dei disturbi lamentati, il perito reumatologo ha posto esclusivamente una diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, ossia quella di sindrome da dolore cronico non specificata. Per lo specialista, dal punto di vista reumatologico, la capacità lavorativa è del 100% nella precedente attività di autista aziendale come pure in ogni altra sostitutiva adeguata. Sempre secondo il perito, il ricorrente è in grado di svolgere qualunque lavoro a tempo pieno e con pieno rendimento senza limitazioni funzionali.

#### **E. 9.4.3**

Nella perizia psichiatrica del 5 luglio 2017 (alla base delle valutazioni della perizia pluridisciplinare del 3 agosto 2017 del SAM; doc. A 77), il dott. I. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha segnalato che l'assicurato ha cominciato a soffrire di attacchi di panico nel 2003, con manifestazioni serali, al domicilio, senza apparenti motivi scatenanti. Nel 2015, ha presentato i primi attacchi di panico fuori casa, alla guida della vettura aziendale. Questo sviluppo psicopatologico ha innescato il meccanismo dell'ansia anticipatoria e l'evitamento dell'attività lavorativa. Dal 28 aprile 2015, l'assicurato è inabile al lavoro. Da giugno del 2015, è in cura presso il Centro psicosociale di (...). Tenuto conto della sintomatologia e della descrizione delle crisi, il perito ha posto la diagnosi di sindrome da attacchi di panico (ICD 10 F 41.0). Secondo il dott. I. \_\_\_\_\_, non è ravvisabile l'episodio depressivo di gravità lieve-media, diagnosticato dallo psichiatra dott. D. \_\_\_\_\_ nella perizia del 14 maggio 2016. Tale episodio può ritenersi risolto. La valutazione clinica non evidenzia sintomi ansiosi tali da giustificare gli evitamenti e le difficoltà che l'assicurato dice di provare quando si confronta con la realtà esterna. Trattandosi di un disturbo d'ansia in un soggetto senza disturbo della personalità, se gli evitamenti fossero così importanti, si dovrebbe immaginare un percorso comportamentale di esposizione progressiva. Affetto da problemi di salute, impossibilitato a svolgere l'attività di autista, alla sua età l'assicurato non ritiene di avere alcuna consistente prospettiva di reinserimento

lavorativo. Questo è il fattore che genera in lui preoccupazione, che lo predispone ad attaccarsi al sintomo e a presentarlo come invalidante, anziché lottare per superarlo. La rappresentazione drammatica dei sintomi risponde più a bisogni sociali che alla realtà dei fatti. Secondo lo specialista, l'esagerazione dei sintomi è provata. A questo proposito, ha rilevato che lo stato clinico dell'assicurato non è compatibile con l'attivazione ansiosa elevatissima e con i massicci evitamenti che egli descrive. La passività con cui aderisce alle terapie non è compatibile con un disturbo ansioso scompensato in un individuo che non ha sintomi depressivi e non ha un disturbo della personalità. Mancano gli sforzi, le ricerche di soluzioni, le modifiche terapeutiche, che normalmente richiedono i pazienti ansiosi per combattere il proprio disturbo. L'assicurato non ricorda nemmeno il nome dello psichiatra, che vede ormai da due anni. Anche sul nome dell'antidepressivo assunto ha qualche difficoltà. La competenza nel mantenere valide relazioni sociali e l'assenza di ripercussioni sulla vita di coppia non sono congruenti con una sintomatologia psichiatrica che vorrebbe essere scompensata in misura estrema e persistente. L'assenza di modifiche terapeutiche e di ricoveri depone per un discreto compenso psichico, con colloqui mensili che servono come controllo della stabilità dei risultati. Il dott. I. \_\_\_\_\_ ha poi rilevato che lo psichiatra dott. D. \_\_\_\_\_, nella perizia del 14 maggio 2016, ha ritenuto prevedibile un ripristino della sua capacità lavorativa completa dopo la fine giugno 2016, ma che il medico internista dott. E. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 6 luglio 2016, ha reputato che l'assicurato non poteva più esercitare l'attività di autista aziendale, mentre ha ritenuto esigibile l'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata nella misura del 100%. A tal proposito, il perito ha osservato che l'ipotesi di miglioramento formulata dallo psichiatra D. \_\_\_\_\_ non si è verificata. La sindrome da attacchi di panico ha infatti assunto un andamento cronico nonostante le terapie praticate a regola d'arte. Egli condivide l'opinione del dott. E. \_\_\_\_\_, secondo cui l'assicurato non può più riprendere l'attività di autista aziendale. Per un assicurato affetto da attacchi di panico alla guida e con forte ansia anticipatoria ogni volta che deve mettersi al volante, l'attività di autista non è esigibile. Le crisi potrebbero spaventare i clienti, produrre ritardi nel servizio erogato, generare cattiva pubblicità per il datore di lavoro e mettere in pericolo l'assicurato e terzi. Per contro, una tonalità ansiosa generalizzata con tendenza ad evitare gli stress non può giustificare un'inabilità lavorativa superiore al 20% in un'attività adeguata (attività senza turni notturni, senza ruoli di responsabilità, senza ritmi di lavoro elevati, in un contesto che può tollerare uno sporadico attacco di panico). In tale ambito, l'evitamento può essere superato con un ragionevole sforzo di volontà, se è preceduto da un adeguato lavoro di psico-educazione e di terapia cognitivo-comportamentale. In conclusione, il dott. I. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che, dal profilo psichico, è possibile giustificare un'inabilità lavorativa completa in una qualsiasi attività lucrativa sino a fine giugno 2016. Da luglio 2016, si giustifica un'inabilità lavorativa del 100% nell'attività di autista aziendale ed un'inabilità lavorativa del 20% in un'attività sostitutiva adeguata (v. anche il complemento del 4 dicembre 2017 [doc. A 93]).

#### **E. 9.4.3.1**

A prescindere che in presenza di un'esagerazione dei sintomi non è necessario effettuare una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori (DTF 141 V 281 consid. 2.2 con rinvii), questo Tribunale ritiene che la perizia psichiatrica del 5 luglio 2017 del dott. I. \_\_\_\_\_ (doc. A 77) adempie comunque i criteri di un accertamento dei fatti strutturato. Il perito ha in particolare spiegato per quale motivo è stata diagnosticata una sindrome da attacchi di panico (ICD 10 F 41.0). Si è pronunciato sullo stato psichico dell'insorgente, rilevando che il medesimo presenta da tre a quattro attacchi di panico al

mese. Le crisi sono violente, ma si verificano principalmente la sera, al domicilio, e sono scarsamente connesse al confronto con la realtà esterna. Ha rilevato che il ricorrente non presenta alcuna sintomatologia depressiva secondaria ed alcun segno di attivazione ansiosa. Lo stesso assume un antidepressivo e degli ansiolitici e non ha mai subito ricoveri psichiatrici. La terapia farmacologica è invariata da gennaio 2016. Per il normale confronto con la realtà esterna e con un'attività adeguata, l'ansia anticipatoria è gestibile. Il dott. I. \_\_\_\_\_ si è altresì espresso in merito alle risorse personali ed al mantenimento di un contesto familiare e sociale. L'insorgente presenta una personalità forte, equilibrata e stabile, conserva la frequentazione degli amici ed ha un ottimo rapporto con moglie e figli. Secondo il perito, egli sente un certo sconforto perché non intravede delle possibilità di reinserirsi nel mondo lavorativo mediante un'attività adeguata, ma ciò rientra nelle normali reazioni a situazioni esterne difficili. Nel determinare le conseguenze sulla capacità di lavoro, il dott. I. \_\_\_\_\_ ha poi proceduto alla descrizione delle risorse e deficit secondo lo schema MINI-ICF, in cui il grado di disabilità era nullo nel rispetto delle regole, nell'organizzazione dei compiti, nella competenza, nel giudizio, nell'assertività, nel contatto con gli altri, nell'integrazione nel gruppo, nelle relazioni intime e nella cura di sé, lieve nella flessibilità, nella persistenza e nelle attività spontanee ed infine medio nella mobilità. La perizia psichiatrica del 5 luglio 2017 del dott. I. \_\_\_\_\_ gode pertanto di piena forza probatoria - con la riserva indicata al considerando 9.4.3.2 del presente giudizio relativa al momento dell'intervenuto miglioramento dal profilo psichiatrico - e permette pertanto di concludere - indipendentemente dalla questione di sapere se possa essere ritenuta da parte del ricorrente un'amplificazione qualificata (o esagerazione che dir si voglia ["Aggravation"]) piuttosto che una semplice tendenza all'amplificazione ("Tendenz zur Beschwerdenverdeutlichung"; cfr., sulla questione, la sentenza del TF 8C\_380/2019 dell'11 ottobre 2019 consid. 4.3.2.3 con rinvii) - che il ricorrente non avrebbe più potuto svolgere l'attività di autista aziendale, ma a lui sarebbero proponibili all'80% attività confacenti al suo stato di salute.

#### **E. 9.4.3.2**

Quanto al momento a partire dal quale sarebbe intervenuto il miglioramento dello stato di salute psichico dell'insorgente, il dott. I. \_\_\_\_\_, nella perizia psichiatrica del 5 luglio 2017 (doc. A 77), ha indicato che la situazione psicopatologica è stazionaria dal mese di luglio 2016 (data del rapporto del dott. E. \_\_\_\_\_). A tal proposito, va però rilevato il dott. E. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna, nel rapporto del 6 luglio 2016 (doc. B 48), ha sottolineato che non entrava nel merito della patologia psichiatrica, rimandando ai precedenti esami specialistici peritali effettuati dal dott. D. \_\_\_\_\_ (in settembre 2015 e maggio 2016), limitandosi a segnalare la persistenza di disturbi ansiosi con attacchi di panico (doc. B 48 pag. 5). Ha poi precisato che sono peggiorati i disturbi in ambito somatico, a causa dei quali ritiene che l'insorgente non possa riprendere, e ciò a titolo definitivo, l'attività lavorativa di autista aziendale (doc. B 48 pag. 6). Secondo il dott. E. \_\_\_\_\_, in un'attività adatta, per le sole patologie somatiche, senza tener conto della patologia psichiatrica che esula dalle sue competenze, l'assicurato può lavorare da subito (dal giorno dell'effettuazione del rapporto medico, che è basato su una visita effettuata il 5 luglio 2016) con normale rendimento per metà giornata (capacità lavorativa del 50%) e sarà abile al lavoro in modo completo (normale rendimento per il normale tempo di lavoro) dal 1° settembre 2016 (doc. B 48 pag. 7). Il dott. E. \_\_\_\_\_ non ha accennato, nell'ambito di sua competenza, ad alcun miglioramento dello stato di salute psichico del ricorrente che sarebbe intervenuto nel mese di luglio del 2016 e non si è neppure pronunciato in merito

alla residua capacità lavorativa dell'insorgente da un profilo psichiatrico. Il menzionato rapporto del 6 luglio 2016 non contiene pertanto alcuna indicazione che possa corroborare l'opinione - non motivata da riscontri oggettivi - del dott. I. \_\_\_\_\_ circa un intervenuto miglioramento dello stato di salute del ricorrente dal profilo psichico nel mese di luglio del 2016. Certo, nel rapporto peritale del 14 maggio 2016, lo psichiatra dott. D. \_\_\_\_\_ ha indicato che dopo fine giugno 2016 (fino alla fine di giugno essendo stata ritenuta una completa incapacità lavorativa in qualsiasi attività) era prevedibile un ripristino della completa capacità lavorativa del ricorrente, ancora affetto da episodio depressivo di lieve-media gravità, con incidenza sulla capacità lavorativa, al momento della valutazione clinica condotta il 19 aprile 2016. Senonché, non vi è agli atti di causa alcun rapporto di specialista in psichiatria da cui si possa inferire la scomparsa dell'episodio depressivo, diagnostico nel menzionato rapporto peritale del 14 maggio 2016 ed avente incidenza sulla capacità lavorativa, anteriormente all'effettuazione della perizia psichiatrica del dott. I. \_\_\_\_\_, con ultima visita del 5 luglio 2017. Il perito in questione nel suo rapporto peritale del 5 luglio 2017 non ha peraltro indicato alcun valido motivo che possa far pensare ad una risoluzione dell'episodio depressivo anteriormente al 5 luglio 2017, data della sua perizia psichiatrica. Semplici affermazioni al riguardo non sono manifestamente sufficienti, allorquando il dott. I. \_\_\_\_\_ ha persino indicato nel suo rapporto peritale che l'ipotesi di miglioramento formulata nel corso delle due perizie redatte dal dott. D. \_\_\_\_\_ non si è verificata (benché abbia poi limitato questa sua asserzione, senza ulteriori precisazioni, solo alla sindrome da attacchi di panico). Nel complemento peritale del 4 dicembre 2017, il perito dott. I. \_\_\_\_\_ ha poi precisato - dopo esame del rapporto psichiatrico della dott.ssa G. \_\_\_\_\_ del 19 ottobre 2017 - che dal profilo psichiatrico la risoluzione della problematica depressiva per assenza di evidenza oggettiva in occasione della perizia (che nel caso concreto è basata sulle due visite del 13 giugno e 5 luglio 2017). Non vi è quindi alcun serio motivo per dubitare del fatto che il miglioramento del quadro clinico del ricorrente dal profilo psichico (con scomparsa dell'episodio depressivo di lieve-media gravità) è dunque intervenuto il 5 luglio del 2017 (data dell'ultima visita peritale del dott. I. \_\_\_\_\_) e non anteriormente nel luglio del 2016.

#### **E. 9.4.3.3**

Per quanto attiene segnatamente al rapporto psichiatrico del 19 ottobre 2017 della dott.ssa G. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia (doc. TAF 1), va osservato che allo stesso non può essere attribuito pieno valore probatorio poiché generico ed impreciso. Detto rapporto non consente altresì una valutazione dello stato di salute e degli effetti dell'indicato disturbo depressivo sulla capacità al lavoro dell'insorgente secondo gli indicatori stabiliti dalla giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 141 V 281; v. consid. 6.5 del presente giudizio). La dott.ssa G. \_\_\_\_\_ non ha precisato per quale motivo ha diagnosticato, oltre alla sindrome da attacchi di panico (ICD 10 F 41.0), una sindrome depressiva ricorrente attuale episodio di media gravità (ICD 10 F 33.1) rispetto al quadro clinico esistente al momento della valutazione peritale psichiatrica del 5 luglio 2017. Nel suo rapporto psichiatrico mancano poi, fra l'altro, le necessarie informazioni sulle risorse personali del ricorrente in rapporto alla sua personalità e al contesto sociale in cui vive nonché sulla coerenza, dal punto di vista del comportamento, delle limitazioni funzionali fatte valere in tutti gli ambiti della vita. La dott.ssa G. \_\_\_\_\_ si è in effetti limitata a rilevare genericamente che l'insorgente, noto in ambito psichiatrico per una sindrome da attacchi di panico e in terapia con antidepressivi e tranquillanti, non mostra di avere le risorse psichiche e fisiche per un rientro in ambito lavorativo. La conclusione della dott.ssa

G.\_\_\_\_\_ di una riduzione totale della capacità lavorativa del ricorrente per motivi psichiatrici non può pertanto essere seguita, come rettamente ritenuto nel complemento peritale del dott. I.\_\_\_\_\_ del 4 dicembre 2017 - poi ripreso dai periti SAM nel complemento peritale del 20 dicembre 2017 - cui può essere rinviato nella sostanza.

#### **E. 9.4.4**

Quanto al certificato medico - di data posteriore alla decisione impugnata - del 13 marzo 2018 del dott. H.\_\_\_\_\_, specialista in medicina interna (doc. TAF 1), lo stesso riferisce del noto quadro clinico, che avrebbe subito un peggioramento, e fa stato di nuove patologie sviluppate nel 2017, segnatamente di una cardiopatia ipertensiva, broncopneumopatia cronica ostruttiva e radicolopatia L3-L4. Tuttavia, per le nuove diagnosi non è fatto riferimento ad alcun esame obiettivo e l'evocato peggioramento dello stato di salute per quanto attiene al noto quadro clinico si esaurisce in una mera affermazione non motivata rispettivamente senza alcun riferimento, tanto meno preciso, quanto all'evoluzione nel tempo dei disturbi lamentati. Peraltro, le prescrizioni del settembre e novembre 2017 per visite ed esami medici (doc. TAF 10), si limitano ad indicare che l'insorgente sarebbe stato sottoposto a visita (endocrinologica) ed esami medici (segnatamente, ecocardiografia ed ecocolordoppler) in settembre e novembre 2018, ossia in data posteriore alla decisione impugnata.

#### **E. 9.4.5**

Ciò premesso, non si giustifica l'effettuazione di ulteriori accertamenti fattuali per quanto attiene alla situazione medica esistente fino al momento della pronuncia della decisione litigiosa, non essendovi da attendersi dagli stessi alcun nuovo riscontro decisivo (dopo i numerosi esami obiettivi effettuati fino alla data della decisione impugnata).

#### **E. 9.5**

In conclusione, e dal profilo medico, va ritenuta per il ricorrente una completa incapacità lavorativa in qualsiasi attività, per motivi psichici, dal 28 aprile 2015 al 5 luglio 2017, nonché, sempre decorrere dal 5 luglio 2017, una residua capacità lavorativa dell'80% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) in attività sostitutive adeguate (che permettano una sporadica manifestazione di panico, e relativo calo di rendimento postcritico, nonché la possibilità di trattare il diabete mellito). Inoltre, come rettamente ritenuto nella decisione impugnata, l'erogazione della rendita intera può essere accordata al ricorrente solo a decorrere dal 1° giugno 2016, lo stesso avendo presentato la sua domanda di rendita il 15 dicembre 2015.

#### **E. 10**

Alla luce dell'art. 88a OAI, occorre pertanto determinare a partire da quale momento si possa se del caso procedere, nella misura in cui siano adempiti gli ulteriori presupposti necessari, alla soppressione della rendita intera accordata all'insorgente a partire dal 1° giugno 2016.

#### **E. 10.1**

Secondo l'art. 88a cpv. 1 OAI, se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in

considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e presumibilmente continuerà a durare.

### **E. 10.2**

Conformemente alla giurisprudenza, il senso e lo scopo dell'art. 88a cpv. 1 OAI consistono in particolare nell'assicurare al beneficiario della rendita una certa sicurezza sul versamento regolare delle sue prestazioni. Avuto riguardo alla sicurezza del diritto, la concessione di una rendita formalmente passata in giudicato deve avere una certa stabilità (cfr. sentenza del TF 9C\_1022/2012 del 16 maggio 2013 consid. 3.2). Per prassi, il Tribunale federale applica, anche in caso di rendite limitate nel tempo, la seconda frase della menzionata disposizione e accorda ancora la precedente rendita tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute. Solo eccezionalmente può giustificarsi una soppressione immediata della rendita al momento del miglioramento, per esempio allorché lo stesso è di lunga durata, ma il momento preciso in cui si è realizzato non è mai stato determinato con la necessaria precisione (sentenze del TF 9C\_687/2019 del 16 maggio 2019 consid. 2 con rinvii e 8C\_36/2019 del 30 aprile 2019 consid. 5 con rinvii).

### **E. 10.3**

Ciò premesso, va osservato che la rendita intera è stata accordata al ricorrente per motivi psichici, che il miglioramento in ambito psichiatrico può essere fatto risalire al più presto al 5 luglio 2017 - circostanza che è infine stata determinata con la necessaria precisione nel complemento peritale del mese di dicembre 2017 (doc. A 93) - e che la soppressione della rendita (nella misura in cui sono adempite le ulteriori condizioni [v. considerandi in diritto che seguono]) può pertanto intervenire, secondo la regola generale precedentemente indicata (art. 88a cpv. 1 seconda frase OAI), con effetto al 1° novembre 2017, ritenuto che al 31 ottobre 2017 il miglioramento dello stato di salute è durato tre mesi, senza interruzione notevole e ha continuato a durare, perlomeno fino alla data della decisione litigiosa. In tale ambito, non soccorre il ricorrente neppure la piena incapacità lavorativa dal 31 ottobre al 10 novembre 2017, ritenuto che la stessa, per quanto emerge dalle carte processuali, è stata limitata a un breve periodo (appunto dal 31 ottobre al 10 novembre 2017) e non è altresì stata originata da problemi psichici, ma da colecistite con screezio pancreatico in sludge biliare ed adenomiomatosi della colecisti (cfr. rapporto dell'Ospedale K. \_\_\_\_\_ di (...) del 10 novembre 2017 [doc. A 88] e annotazione del medico SMR del 28 novembre 2017 [doc. A 92]).

### **E. 11.1**

Questo Tribunale osserva altresì che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla sua invalidità (DTF 130 V 97 consid. 3.2 e relativi riferimenti). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve pertanto intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario anche in una nuova professione (DTF 138 V 457 consid. 3.2; sentenza del TF 9C\_49/2015 del 28 ottobre 2015 consid. 4.2).

### **E. 11.2**

Quanto all'esigibilità e alla possibilità per l'insorgente di esercitare una nuova attività in un mercato equilibrato del lavoro, questo Tribunale osserva che nel momento in cui è stato accertato in modo affidabile - il 3 agosto/20 dicembre 2017 (v. rapporto della perizia

pluridisciplinare del SAM [doc. A 77] e suo complemento [doc. A 93]) - che l'esercizio (all'80%) di un'attività sostitutiva adeguata era ragionevolmente esigibile dal punto di vista medico (DTF 138 V 457 consid. 3.3; v. anche la sentenza del TAF C-6022/2010 del 22 febbraio 2013 consid. 4.1.2) - il ricorrente, nato il (...), non aveva chiaramente ancora raggiunto l'età di 60 anni a partire dalla quale la giurisprudenza considera che di principio non esiste più la possibilità realistica di mettere a profitto la residua capacità lavorativa sul mercato del lavoro generalmente supposto equilibrato (DTF 143 V 431 consid. 4.5 e 138 V 457 consid. 3.3; sentenze del TF 9C\_839/2017 del 24 aprile 2018 consid. 6.2 e 8C\_761/2014 del 15 ottobre 2015 consid. 3.2.3).

### **E. 11.3**

Benché la questione non sia neppure stata sollevata dal ricorrente, va rilevato che l'UAIE non ha invero proposto alcuna attività sostitutiva specifica adeguata alle condizioni dell'insorgente. Ha comunque ritenuto, nell'ambito del calcolo comparativo dei redditi (doc. A 78 e doc. TAF 7), che il medesimo avrebbe potuto svolgere un'attività confacente al suo stato di salute in ogni categoria professionale del settore secondario nonché del settore terziario. Certo, durante la sua carriera professionale, il ricorrente appare avere svolto esclusivamente l'attività di tagliatore di abiti e di autista aziendale (doc. A 15 e doc. A 16). Questo Tribunale osserva, tuttavia, che al medesimo si presenta comunque un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili nei settori dell'industria e dei servizi, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale e un adattamento del posto di lavoro alle sue condizioni di salute risulta comunque - anche tenuto conto di una sporadica possibilità di manifestazione di panico sul posto di lavoro, e relativo calo di rendimento postcritico, nonché dell'esigenza di poter trattare il diabete mellito - di relativamente semplice realizzazione (cfr. anche la sentenza del TAF C-517/2017 del 12 giugno 2019 consid. 8 con rinvii). Infine, va rilevato che un eventuale rapporto di lavoro avrebbe potuto proseguire per oltre 10 anni (fino all'età di pensionamento secondo il diritto svizzero). Da quanto esposto, discende che chiaramente può essere ragionevolmente preteso dall'insorgente che abbia a mettere a profitto la sua residua capacità lavorativa in attività leggere adattate su un mercato del lavoro equilibrato.

### **E. 12.1**

Ritenuto il miglioramento dello stato di salute dell'insorgente a decorrere dal 5 luglio 2017 e una residua capacità lavorativa dell'80% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute, occorre ancora esaminare la conformità del grado d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

### **E. 12.2**

Questo Tribunale osserva, con riferimento al calcolo effettuato dall'autorità inferiore per la determinazione del grado d'invalidità, secondo le basi di calcolo di cui al documento TAF 7, peraltro trasmesso all'insorgente mediante il provvedimento del 31 maggio 2018 di questo Tribunale (doc. TAF 8), che occorre fare riferimento piuttosto ai dati del 2017 che a quelli del 2015, fermo restando che da questo profilo nulla cambia nella sostanza per quanto attiene all'esito della lite.

### **E. 12.3**

Per quanto attiene al reddito da valido, si sarebbe dovuto tenere conto di un reddito annuale di fr. 52'537.30, conseguibile come autista aziendale nel 2017 (salario mensile di fr. 4'000.-

nel 2015 per 13 mensilità [secondo le indicazioni del datore di lavoro; doc. B 10] indicizzato al 2017 [l'indice dei salari nominali per la categoria degli uomini è passato da 2226 nel 2015 a 2249 nel 2017; cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica]).

#### **E. 12.4**

Per quel che concerne il reddito da invalido, va fatto riferimento al reddito annuale ottenibile in attività semplici e ripetitive nel 2017 di fr. 50'973.60 (tenuto conto di un salario medio mensile nel 2016 di fr. 5'340.- [valore mediano totale, livello di competenze 1], secondo la pertinente tabella TA1 dell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari, di un orario usuale di 41.7 ore settimanali nel 2017 nonché di un'indicizzazione del salario dello 0,4% rispetto al 2016 [cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica] e della presa in considerazione di una diminuzione del 20% per l'incapacità lavorativa e di una riduzione giurisprudenziale del 5% [per tenere conto del fatto che l'insorgente può svolgere solo attività leggere], la quale, oltre a non essere contestata, appare ammissibile).

#### **E. 12.5**

Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 52'537.30 e quello da invalido di fr. 50'973.60 consegue la determinazione di un grado d'invalidità del 3% ( $\frac{52'537.30 - 50'973.60}{52'537.30} \times 100 = 2.98\%$ ) che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (non essendo raggiunta la necessaria soglia del 40%).

#### **E. 13.1**

Visto quanto esposto, il ricorso deve essere parzialmente accolto e l'impugnata decisione del 22 febbraio 2018 riformata nel senso che - decorso il termine di attesa di un anno (giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI) rispettivamente quello di sei mesi dalla data della richiesta di una rendita d'invalidità svizzera (giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI) - al ricorrente è riconosciuto il diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° giugno 2016 al 31 ottobre 2017. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda al calcolo delle prestazioni di legge dovute, se del caso con i relativi interessi.

#### **E. 13.2**

Va altresì ancora osservato, visto quanto precede, che l'allegazione del ricorrente di cui al gravame del 20 marzo 2018 secondo cui la sua richiesta di rendita del 15 dicembre 2015 non è la prima, bensì la seconda (una prima è stata presentata nel 2011 e respinta nel 2012), da un lato, nulla muta all'esito della presente lite - essendo pacificamente ammesso, ed incontestato, il suo diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° giugno 2016 - e, dall'altro lato, l'irrilevanza della presentazione di una prima domanda di rendita nel 2011, poi respinta nel 2012, per la valutazione del momento determinante dell'intervenuto miglioramento del suo stato di salute nel 2017 rispettivamente del confronto del periodo determinante in tale ambito.

#### **E. 14.1**

Visto l'esito della causa, delle spese processuali ridotte, di fr. 400.- (cfr. sentenza del TAF C-3300/2016 del 18 marzo 2019 consid. 10.1), sono poste a carico del ricorrente (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 800.-, versato il 10 aprile 2018, è computato con le spese processuali. L'importo residuo di fr. 400.- sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

#### **E. 14.2**

Si giustifica altresì l'attribuzione di una piena indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF; RS 173.320.2]) anche se non è stato dato seguito appieno alla conclusione ricorsuale di una rendita intera a tempo indeterminato a decorrere dal 1° giugno 2016 (cfr., sulla questione, la sentenza del TAF C-3300/2016 consid. 10.2.4). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario, limitato, svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per 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.